Rok XLII. Kraków 6 Czerwca 1903. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału kiłowego polikliniki (Dr. Tatarczuch), kliniki dermatologicznej (Prof. Dr. Łukasiewicz) i zakładu higieny uniwersytetu (Prof. Dr. Bądzyński) we Lwowie.

Przyczynek do nauki o mleczomoczu *(Chyluria)*.

Podali

Dr. Leon Feuerstein i Dr. Kazimierz Panek.

Mleczomocz, uważany początkowo za cierpienie, spotykane tylko w krajach zwrotnikowych i podzwrotnikowych, od lat trzydziestu spostrzegany bywa i w Europie. Podczas gdy jednak w krajach zwrotnikowych mleczomocz występuje zazwyczaj nagminnie, w Europie należy do sporadycznych, dość rzadkich objawów; podczas gdy tam jest zwykle objawem, rzadko jedynym, schorzenia, polegającego na wtargnięciu pasorzyta nitkowca (*filaria sanguinis*), tu ani nitkowca, ani żadnego innego pasorzyta dotychczas nie zdołano wykryć.

W licznych pracach, poświęconych temu przedmiotowi, spotykamy zawsze *mutatis mutandis* jeden i ten sam typ klinicznego przebiegu: chory wydziela mocz, który w pewnych porach dnia nie różni się niczem od prawidłowego, w innych przybiera zabarwienie mniej lub bardziej mlecznobiałe, zawiera wtedy w znacznej ilości tłuszcz i białko, pod drobnowidem zaś wykazuje obecność bardzo dokładnej zawiesiny tłuszczowej, a w przypadkach mleczomoczu zwrotnikowego pasorzyta nitkowca (*filaria sanguinis*). Sam przez się nie wywołuje mleczomocz żadnych poważniejszych zaburzeń w ustroju, ustępuje bez widocznej przyczyny, aby po pewnym czasie wystąpić ponownie, i stan taki trwa miesiące i lata.

O ile jednak zgodnymi są opisy ogólnego, typowego, klinicznego przebiegu (co do szczegółów panuje tu, jak się później przekonamy, chaos), o tyle różnią się zdania autorów co do istoty cierpienia. Jak zwykle, tak i w tym przypadku, liczne a różne zdania są dowodem, że żadne z nich nie wyszło dotychczas poza granice hipotezy. Tyczy się to przedewszystkiem mleczomoczu europejskiego pomimo przeszło dwudziestu spostrzeżeń, ogłoszonych drukiem i niewątpliwie liczniejszych jeszcze, mniej lub więcej dokładnych, które do piśmiennictwa nie przeszły.

To też uważaliśmy za stosowne zająć się opracowaniem przypadku, który mieliśmy sposobność spostrzegać przez czas dłuższy, a to tem bardziej, że w piśmiennictwie naszem niema dotychczas żadnej pracy, zajmującej się tym przedmiotem, poza króciutką rozprawką Lachowicza [1]), dotyczącą przypadku, spostrzeganego przez jednego z lekarzy w Szwajcaryi.

* * *

Zanim przystąpimy do opisania spostrzeganego przez nas przypadku, pozwolimy sobie zestawić w krótkości poglądy autorów na przyczyny powstawania mleczomoczu, zostawiając sobie na później rozbiór tych poglądów. Pierwszą wzmiankę o „chyluryi“ spotykamy w piśmiennictwie w roku 1812: Chapotin [2]) opisuje w swojej *„Topographie de l'Isle de France“* nagminnie występujące na wyspie Maurycego napady krwiomoczu i mleczomoczu: w moczu chorych pokazuje się bez widocznej przyczyny krew albo mlecz, albo też jednocześnie krew i mlecz (*haemato-chyluria*).

Pod koniec pierwszej połowy ubiegłego stulecia wzrasta liczba spostrzeżeń tego zagadkowego cierpienia. Z rozmaitych zwrotnikowych i podzwrotnikowych okolic dowiadujemy się o powtarzających się en- i epidemiach mleczomoczu. Najczęściej wydarzają się one w Brazylii, w Indyach, na wybrzeżach Zanzibaru, na wyspie Maurycego i Reunion, w Egipcie, w Australii, niektórych okolicach północnej Ameryki (Florida i Charleston), w Japonii i t. d.[1])

Pierwszą próbę wytłómaczenia mleczomoczu podaje Billharz [3]) w r. 1852; na podstawie przypadków, spostrzeganych w Egipcie, wyraża przypuszczenie, że mamy tu do czynienia ze sprawą pasorzytniczą (*distoma haematobium*). Przypuszczenie Billharza przyjmują później Griesinger [3] i Harley [3]), a w r. 1866 Wucherer [4]) i w dwa lata później Lewis [4]) stwierdzają obecność pasorzyta we krwi i w moczu chorych na mleczomocz. Pasorzytowi temu, należącemu do rodziny „nematodes“, Lewis daje nazwę „filaria sanguinis hominis“. Mleczomocz krwawy nie jest stałym objawem „filaryozy“, występuje jednak dość często na tle innych, mniej lub bardziej stałych zmian, do których należą: słoniowacina, zwłaszcza narządu płciowego, piersiowy otok mleczowy, (*chylothorax*), puchlina mleczowa (ascites chylosus), wodniak mleczowy (*hydrocele chylosa*), limfatyczne żylaki, guzy i ropnie gruczołów limfatycznych. We wszystkich sprawą chorobową zajętych narządach spotykano pasorzyta, którego zarodki występowały jednocześnie w moczu i we krwi chorych (Lewis, S. Aranjo [3]), Jos. Santos [3]) i inni). Na uwagę zasługuje spostrzeżenie Mansona, podkreślone już przez Senatora [4]), że zarodki nitkowca stwierdzano we krwi chorych tylko w nocy, nigdy za dnia. St. Mackenzie [4]) polecił wobec tego jednemu ze swych chorych zmienić zupełnie tryb życia, sypiać w dzień, jadać i chodzić w nocy — i w przypadku tym po pewnym czasie krew dzienna wykazywała pasorzyta, w nocnej nie było go zupełnie!

Na częstość zwrotnikowego mleczomoczu wskazują daty Mansona: w południowych Chinach 10% ludności cierpi na „filaryozę“, a z tego 1—2% na mleczomocz. Trwa on

[1]) Podług Senatora [4]).

zazwyczaj bardzo długo; brazylijski lekarz Silwa Lima[5]) opowiada o chorej, która umarła w 80 roku życia, a od 30 roku cierpiała na mleczomocz.

Wobec stwierdzonej wielokrotnie obecności pasorzyta w przypadkach zwrotnikowego mleczomoczu, wobec towarzyszących mu często widocznych dla oka zaburzeń w krążeniu naczyń chłonnych, myśl o mechanicznej przeszkodzie w krążeniu limfy, spowodowanej nagromadzeniem się pasorzytów lub ich zarodków w naczyniach chłonnych, nasunęła się sama przez się wielu badaczom. Już w r. 1875 Manson, a w 1877 Bancroft[6]) dochodzą do wniosku, że nitkowiec, dostając się do ustroju człowieka prawdopodobnie za pośrednictwem moskitów, rozmnaża się w nim, sprowadza zaczopowanie naczyń chłonnych, rozstrzeń tych naczyń, słoniowacinę obwodowych części, względnie pęknięcie ścianki naczyń i wylew limfy, czy mlecza, do narządu moczowego; limfa, czy mlecz, mięsza się z prawidłowym moczem, a wynikiem tej mięszaniny jest mleczomocz.

Przypuszczenie to zdają się stwierdzać wyniki kilku obdukcyi chorych na mleczomocz. St. Mackenzie[4]) znalazł w przypadku, w którym za życia wykryto pasorzyta w narządzie limfatycznym, a zarodki tegoż we krwi, znaczne rozszerzenie przewodu piersiowego i naczyń limfatycznych biodrowych, lędźwiowych i nerkowych. Havelburg[7]) stwierdził podczas sekcyi w podbrzuszu swego chorego workowaty twór, wypełniony płynem mlecznym, zrośnięty z pęcherzem i komunikujący z nim przez otwór w górnej ścianie pęcherza; obok tego szereg gruczołów chłonnych wielkości orzecha laskowego i grube białe smugi na krezce. W przypadkach Ponficka[4]), Kentaro Murato[4]) znaleziono również silnie rozszerzone naczynia chłonne jamy brzusznej; w ostatnim przypadku — obok tego — zanik kłębków nerki.

W przypadku Ponficka nie zdołano wykryć pasorzyta ani za życia, ani po śmierci. Liczne podobne przypadki, — mleczomocz bez nitkowca — zaczęły nasuwać wątpliwości co do słuszności teoryi pasorzytniczej. A gdy począwszy od r. 1869 zaczęły ukazywać się w piśmiennictwie opisy przypadków mleczomoczu u osób, które nigdy nie opuszczały Europy, wątpliwości wzrosły, wobec faktu, że nitkowiec jest pasorzytem, nigdy nie spotykanym w Europie. Część autorów uciekła się do podziału mleczomoczu na zwrotnikowy, pasorzytniczy (*ch. parasitaria*), i europejski, niepasorzytniczy (*ch. nostras, non parasitaria);* inni zaprzeczają wogóle słuszności teoryi pasorzytniczej, szukając przyczyny cierpienia na zupełnie odmiennych drogach. Zaczęto zadawać sobie przedewszystkiem pytanie, czy rzeczywiście mleczomocz zawdzięcza swe pochodzenie domieszce mlecza, czy zasługuje na nazwę „mleczomoczu“ *sensu strictiori?* Wszak tłuszcz i białko, składniki „chyluryi“, mogą się dostać do moczu nie tylko z naczyń chłonnych! A zresztą dla stwierdzenia obecności mlecza nie może być wystarczającem sama obecność tłuszczu i białka; należałoby wykryć w tym celu i inne składniki, stale występujące w limfie i mleczu. A właśnie jednego ze stałych składników mlecza, cukru — brak zawsze w mleczomoczu, wyjąwszy przypadki, gdzie mleczomocz rozwinął się na tle cukrzycy. Ilość tłuszczu w mleczomoczach przewyższa *maximum* tłuszczu, oznaczanego w limfie... Te i tym podobne względy, do których będziemy musieli jeszcze wrócić poniżej, wywołały nową teoryą mleczomoczu: tłuszcz i białko przedostają się do moczu wprost ze krwi, a to z powodu przeładowania krwi tłuszczem (*lipaemia*), albo niezupełnie prawidłowej anatomicznej budowy nerek. Ale i ta teorya nie mogła zadowolić wszystkich: wobec zazwyczaj długotrwałego przebiegu cierpienia, nie pociągającego żadnych poważniejszych zaburzeń w ustroju, wobec braku w moczu składników morfotycznych, trudno było zgodzić się na przyjęcie schorzenia nerki, a przypadki sekcyjne stwierdzały niejednokrotnie zupełnie prawidłową budowę obu nerek pomimo mleczomoczu.

Zagadka pozostaje na razie nierozwiązaną, choć tu i owdzie ukazuje się nowa hipoteza.

W ostatnich czasach następuje zwrot do dawnych poglądów. Senator[4]), omawiając sprawę mleczomoczu w roku 1895, powiada: „...gleichwohl neigt man ziemlich allgemein zu der Annahme, dass auch in diesen Faellen (t. j. w europejskich przypadkach) die Chylurie auf einem Erguss von Lymphe in die Nieren oder Harnwege beruhe, welcher seinerseits die Folge einer irgendwie bedingter Lymphstauung u. Ectasie der Lymphgefaesse sei. Indessen entbehrt diese Annahme noch jeder thatsaechlicher Unterlage, ja es giebt mancherlei Grunde, welche direct gegen sie sprechen und welche auch die Ableitung der parasitaeren Chylurie von einer Beimengung der Lymphe zum Harn als nicht vollstaendig sicher erscheinen lassen“...

W r. 1900 ukazują się jednocześnie dwie prace, które rzucają sporo światła na sprawę mleczomoczu. W. E. Predtetschensky[8]) ogłasza w *„Zeitschrift für klinische Medicin“:* „Ein Fall von europeischer Chylurie“, a Franz Erben[9]) w *„Zeitschrift für physiologische Chemie“:* „Ueber die Zusammensetzung menschlichen Chylusfettes“. Prace te rozpatrzymy później; zaznaczamy jednak już teraz, że obie bronią zdania, przypisującego pochodzenie mleczomoczu domieszce mlecza do moczu.

Przystąpmy do opisu naszego przypadku.

Jan R., woźny Wydziału krajowego we Lwowie, zgłosił się dnia 9 X 1902 r. do Polikliniki lwowskiej, na oddział kiłowy Dra Tatarczucha[*]).

Urodzony w r. 1861 w Uszczańcach, w Galicyi, J. R. nigdy nie opuszczał kraju. Służbę wojskową odbył przy kawaleryi w Łańcucie. Ojciec chorego ma obecnie 68 lat, zdrów. Matka umarła przed 20 laty; przyczyna śmierci bliżej nie znana (puchlina brzuszna?) Z rodzeństwa żyją dwie siostry i młodszy brat i cieszą się dobrem zdrowiem. Wszystkiego było rodzeństwa 14-ro; 10-ro umarło w dzieciństwie, w wieku od 2 do 5 lat. Chory ożenił się przed 10 laty; po dwóch latach bezdzietnego pożycia umarła żona. Przed 5 laty ożenił się powtórnie, ale i z drugą żoną nie ma dotychczas potomstwa. Poronień nie było. Żyje jedno nieślubne dziecko w wieku lat 6-ciu. W r. 1888 chory leżał przez 3 miesiące w lwowskim szpitalu powszechnym na oddziale kiłowym z powodu obustronnej dymienicy, która jakoby wystąpiła bez widocznej przyczyny, gdyż ani rzeżączki, ani żadnego wrzodu w owym czasie nie przechodził. W protokole szpitalnym znaleźliśmy rozpoznanie: *„Condylomata acuminata int. lam. praeputii. Adenitis ing. ambilat. suppurativa“*. Rzeżączkę miał po raz pierwszy przed 8 laty; sprawa miała ustąpić «po krótkim czasie» — bez leczenia. Mniej więcej w tym samym czasie zauważył pacyent, że mocz jego w nocy od czasu do czasu przybiera mleczno-białe zabarwienie. Na objaw ten zwraca pilną uwagę od dwóch lat i twierdzi, że mocz jego od tego czasu noc w noc, raz na

*) Niech mi wolno będzie złożyć na tem miejscu jak najserdeczniejsze podziękowanie Drowi W. Tatarczuchowi, dyrektorowi Polikliniki we Lwowie, za łaskawe pozwolenie korzystania ze swego pięknego materyału, i za odstąpienie niniejszego przypadku. *L. F.*

noc, między 12 a 5 rano, przybiera wejrzenie mleka. Pomimo tego czuł się chory zupełnie zdrowym i dla tego nie zwracał się wcale do lekarzy. Dopiero od paru miesięcy czuje ból w krzyżu i w nogach, i to go skłoniło do szukania porady w Poliklinice.

Gdyśmy chorego ujrzeli po raz pierwszy, skarżył się on na owo »białe« zabarwienie nocnego moczu. Przyzwyczajeni do bałamutnych wywiadów chorych poliklinicznych, a zwłaszcza nie dowierzając zupełnie chorym pod względem określania barwy moczu, nie przywiązywaliśmy do tej skargi chorego żadnej wagi. Mocz, oddany w naszej obecności (w południe), był w obu częściach zupełnie jasny, II-ga część jednakowoż zawierała liczne niteczki. Rozpoznawszy przewlekłe zapalenie tylnej części cewki moczowej, zaordynowaliśmy choremu wkraplanie rozczynu azotanu srebrowego $^1/_2$% do części tylnej zapomocą przyrządu Ultzmanna, przechodząc co 4-ty albo 6-ty dzień do rozczynów silniejszych i doszliśmy w ten sposób do rozczynu 2%. Chory chwalił sobie bardzo nasze postępowanie; bóle w krzyżach miały ustąpić, a nitki w drugiej części moczu pokazywały się w coraz mniejszej ilości. Wobec dwukrotnego ujemnego wyniku badania moczu na gonokoki chcieliśmy przerwać to leczenie na czas pewien; ale gdy chory wciąż jeszcze uskarżał się na »biały« mocz w nocy, poleciliśmy mu przynieść ze sobą próbkę nocnego moczu. Chory przedstawił nam też nazajutrz mocz, który — ku zdziwieniu naszemu — miał rzeczywiście raczej wejrzenie mleka, niż moczu. Pierwsza myśl, że mamy tu do czynienia z nadmiernem wydzielaniem się fosforanów, nie sprawdziła się. Natomiast wyjaśnił się mocz prawie zupełnie po zakłóceniu go z eterem. Podejrzewając mleczomocz, poleciliśmy przynosić sobie do rozbioru codziennie oddzielnie dzienne, oddzielnie nocne porcye moczu. Prócz tego, chcąc otrzymać do zbadania mocz zupełnie świeży i módz spostrzegać zachowanie się chorego podczas oddawania zmienionego moczu, sprowadziliśmy go dnia 12. XI. o godzinie 1-szej w nocy, korzystając z uprzejmej gościnności kol. Docenta Kučery, asystenta prof. Obrzuta, do zakładu anatomii patologicznej. Dnia tego R. oddał mocz jasny o godzinie 9-tej wieczorem, poczem położył się spać i spał dobrze do godziny 12-tej, o której wstał, by zgłosić się do nas.

Mocz, oddany o godzinie 1-szej w nocy w obecności naszej i kol. Kučery, w ilości 300 ctm. sz., ma wejrzenie mleka, barwę mlecznobiałą, oddziaływanie kwaśne. Ciepłota ciała w chwilę po oddaniu moczu 36·5. W kropli moczu, badanej pod drobnowidem natychmiast po oddaniu, stwierdzono mnóstwo drobniutkich kuleczek, silnie łamiących światło, szybko poruszających się; w wiszącej kropli toż samo, a obok tego sporo większych kulek (tłuszcz?) i nieliczne duże nieregularne, ciemno zabarwione kule. Z żyły łokciowej powierzchownej prawej wyciągnięto zapomocą szklanej strzykawki Pravaza trochę krwi i zrobiono z niej 1) kilka preparatów krwi świeżej; 2) kilka preparatów włożono do sublimatu; 3) kilka do mięszaniny wyskokowo-eterowej; 4) kilka do płynu Flemminga; wreszcie 5) zabarwiono parę preparatów świeżej krwi płynem Ehrlicha. Prócz tego przygotował kol. Kučera tak z krwi, jak i z moczu chorego kilka hodowli na rozmaitych pożywkach. Resztę moczu wytrząśnięto eterem dla zebrania tłuszczu.

W celu dalszego badania chorego i dokładniejszego spostrzegania objawów klinicznych, skierowaliśmy chorego do kliniki dermatologicznej, której szef, prof. Łukasiewicz, łaskawie nam przyobiecał przyjęcie chorego; R. wstąpił też do kliniki d. 17. XI, przyniósłszy z sobą 250 ctm. sz. moczu żółtawo-białego, oddanego w 2-ch porcyach, o godzinie 1-szej w nocy i o 5-tej rano.

Stan obecny. Mężczyzna 40-letni, średniego wzrostu, dość dobrze odżywiony, dobrze zbudowany, waży 67 kgm. Podściółka tłuszczowa oraz mięśnie miernie rozwinięte. Błony śluzowe nieco blade. Na skórze w okolicy pachwinowej po obu stronach blizny, po prawej większa. W okolicy pośladkowej prawej liczne blizny (po czyrakach). Gruczoły chłonne prawidłowe. Brak zupełny obrzęków. Ciepłota skóry prawidłowa. Klatka piersiowa dobrze wysklepiona. Ruchy serca niewidoczne. Uderzenie koniuszkowe na wysokości 5 żebra, nieco na wewnątrz od linii sutkowej. Granice serca prawidłowe. Narządy jamy brzusznej prawidłowe. Wątroba i śledziona nie macalne; granice prawidłowe. Gruczoł krokowy o powierzchni zupełnie gładkiej, nieco powiększony. Mocz dzienny jasny; nocny — mleczny; wynik rozbiorów przytaczamy poniżej.

Przebieg choroby od dnia 17 XI do dnia 19 XII przedstawia się w sposób następujący:

Tablica I.

Data	Miejsce spostrzegania	Dyeta	Mocze		Uwagi
			prawidłowe	mleczne	
17 XI	Pierwszy dzień pobytu w klin. dermat.	Zwykła kliniczna	Dzienne porcye	O 1-ej w nocy i 5-tej rano	Chory pozostaje przez cały dzień w łóżku; jest bardzo zdenerwowany
18 XI	klinika dermatogiczna	»	dzienne i nocne	0 (!)	Mocz nocny prawidłowy, podług chorego pierwszy raz co najmniej od 2-ch lat. Opuszcza łóżko i używa ruchu
19 XI	»	»	dzienne i nocne	0	
20 XI	»	»	»	0	Skarży się na ból w krzyżach
21 XI	»	»	»	0	Z moczu, oddanego dnia 20 XI wieczorem, strąca się rano czerwony osad; pod drobnowidem: mnóstwo kryształków kwasu moczowego i bardzo liczne kryształki szczawianu wapniowego. Mocz, oddany o 5-tej rano, mętnieje; wyjaśnia się po dod. kwasu octowego
22 XI	»	Zwykła kliniczna; przed spaniem talerz kwaśnego mleka	»	0	»
23 XI	»	Zwykła kliniczna	dzienne	o 11-tej w. i 1-ej w nocy	Chory opuszcza klinikę na własne żądanie
24 XI	poliklinika (ambulatoryjna)	zwyczajna domowa	dzienne i nocne	0 !	Spełnia zwykłe swe czynności, jako woźny Wydz. kraj.
25 XI	»	»	dzienne	jedna porcya nocna	»
26 XI	»	»	»	»	»
27 XI	klinika dermatologiczna	od południa przeważnie tłuszcze: mleko, masło, śmietana	»	o 5-tej rano	Wstępuje powtórnie do kliniki; pozostaje przez cały dzień w łóżku
28 XI	»	»	»	o 12·15 w nocy i 7·45 rano	Opuszcza łóżko
29 XI	»	»	o 2·35 po południu i o 9-tej wieczór	o 4-tej po południu. 6·45 i 10·15 wiecz. 1·45 w nocy, 6-ej rano i 12 w południe (!)	Zostaje przedstawiony na posiedzeniu Tow. lek. we Lwowie
30 XI	«	zwykła kliniczna	o 3-ciej i 5 tej po południu i o 12-tej w połud.	o 8·15 wieczorem, 1·20 w nocy, 7·15 rano i 10 45 przed południem	
1 XII	klinika dermat.	»	dzienne	nocne (2)	
2 XII	»	»	»	jedna porcya o 2-ej w nocy	Opuszcza klinikę

Data	Miejsce spostrzegania	Dyeta	Mocze		Uwagi
			prawidłowe	mleczne	
7 XII	poliklinika (amb.)	domowa z ograniczoną ilością tłuszczu	dzienne	nocne z d. 5/6 i 6/7 (po 1-ej porcyi)	Mocze nocne są mniej mleczne, niż uprzednio, mają barwę żółtą z mlecznym odcieniem.
9—17 XII	»	»	»	nocne, raz na noc	»
18—19 XII	»	podano przez usta 10% jodipinę, po 3 łyżeczki dziennie	»	»	Wynik rozbioru moczu po podaniu jodipiny p. niżej

Przez cały następny miesiąc zgłaszał się do nas chory co drugi albo trzeci dzień. Przez czas ten poleciliśmy mu używać pokarmów, zawierających o ile możności mało tłuszczu. Mocze nocne, które chory przynosił we flaszce, miały i nadal wejrzenie odmienne od prawidłowego, ale nigdy nie przybierały tak wybitnie mlecznego zabarwienia, jakie spostrzegaliśmy początkowo, a barwa ich była zaledwie lekko białą; odpowiednio do tego i ilość zawartego w nich białka i tłuszczu była znacznie niższą, niż w poprzednio badanych przez nas moczach mlecznych.

Przy badaniu tych moczów zwróciliśmy przedewszystkiem uwagę na pytanie: czy tłuszcz i białko, spotykane w naszych moczach, są wyrazem domieszki mlecza do moczu? W celu uzyskania odpowiedzi na to pytanie, 1) zajęliśmy się chemicznem badaniem moczów tak prawidłowych jak i mlecznych; 2) staraliśmy się oznaczyć stosunki ważniejszych składników odnośnie do przemiany materyi u chorego, z uwzględnieniem dyety przeważnie tłuszczowej i zwykłej, z ograniczoną ilością podawanych tłuszczów; 3) wprowadzaliśmy substancye, które podług autorów zostają odkladane w tkance tłuszczowej, w nadziei, że — w razie przejścia tłuszczu z mlecza do moczu, — w tłuszczu, otrzymanym z badanych moczów, substancye te dadzą się wykryć; wreszcie 4) poświęciliśmy uwagę drobnowidonemu badaniu moczów i krwi. (C. d. n.).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Hedonal

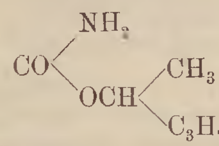
Opracował

Dr. Jan Frączkiewicz.

Do licznych leków nasennych przybywa obecnie nowy, a jak z dotychczasowych badań i spostrzeżeń wynika, środek skuteczny i dzielny. Jest nim *metyl-propyl-carbinol-uretan*. Zapotrzebowanie takich leków tak w leczeniu chorób wewnętrznych, jak i w psychiatryi, wzmaga się, albowiem wszystkie dotychczas znane przetwory nasenne albo nie są dla ustroju obojętne, albo też wymagają z czasem powiększania dawek, gdyż chorzy prędko się do nich przyzwyczajają.

Już w roku 1885 Schmiedeberg zwrócił uwagę na to, iż etyl-uretan działa nasennie, jednak za słabo, aby go jako środka nasennego używać można.

W ostatnich czasach Dreser wykazał sumiennie przeprowadzonemi doświadczeniami na zwierzętach, że produkt etyl-uretanu, a mianowicie: *metyl-propyl-carbinol-uretan* o znaku chemicznym:



działa przez obniżenie pobudliwości komórek nerwowych nasennie, prawie dziesięć razy silniej, niż etyl-uretan i że prócz zwiększonego wydzielania moczu nie sprawia żadnych zaburzeń w ustroju zwierząt.

Przedstawia się on jako proszek krystaliczny, biały, łatwo rozpuszczalny w wyskoku, eterze i wodzie wrzącej, trudniej w zimnej, bo dopiero w stosunku 1:100 przy 37° C. Smak posiada dość ostry, przypominający nieco mentol.

Produkt ten wprowadzono do terapii pod nazwą „hedonalu"; w krótkim czasie powstały dość liczne prace [1]), zalecające ten lek jako skuteczny, zwłaszcza w bezsenności przy czynnościowych lub organicznych zmianach w układzie nerwowym, połączonych z lżejszymi stopniami pobudzenia i omamami.

Na podstawie przeprowadzonych przezemnie spostrzeżeń na chorych w oddziale chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego doszedłem prawie do tego samego wyniku, co i inni autorowie. Do doświadczeń zużyłem ogółem 400 grm. hedonalu. Przeciętna dawka u kobiet 1,50, u mężczyzn 2,00, gdyż mniejsze okazały się czasem nieskuteczne. Chorzy wogóle środek ten znosili dobrze, nie podawali żadnych podmiotowych przykrych następstw. Przedmiotowo można było stwierdzić, że sen następował zazwyczaj w $^1/_4$—1 godziny po zażyciu, trwał przeciętnie 5—8 godzin bez majaczeń, prawie zawsze bez przerwy.

Chorzy budzili się pokrzepieni i żaden z nich nie skarżył się na ból, szum, lub zawroty głowy, ani na ociężałość. Sen po zażyciu hedonalu jest dość głęboki, albowiem chorzy nie budzili się mimo niepokoju, jaki sprawiało otoczenie. Na sali, gdzie leży czasem i 20 chorych, spokoju bezwzględnego i chwili być nie może, a czasem powstanie i hałas, mimo tego zażywający hedonal wyjątkowo tylko przebudzali się.

W czasie snu po hedonalu ilość i jakość tętna prawie nie ulegała zmianie, akcya oddechowa była swobodna, ciepłota ciała, podobnie jak i w śnie fizyologicznym, o kilka dziesiętnych stopnia obniżona.

Zawiódł mnie środek ten tylko w dwóch przypadkach; w obydwóch fizyczny ból był przyczyną bezsenności, a mianowicie w jednym ból w stawach przy ostrem zapaleniu stawów (*polyarthritis acuta*), w drugim bóle wywoływała kolka wątrobowa, z czego wraz z innymi wnoszę, że hedonal jest wyłącznie środkiem nasennym (*hypnoticum*), a nie uśmierzającym bóle fizyczne (*narcoticum*).

U jednej z chorych, histeryczki, podawałem przez dwa tygodnie hedonal i chora ta, która przedtem nie tylko że sama nie spała, ale i innym chorym na sali spać nie dawała, po zażyciu hedonalu spała zawsze dobrze po 6—7 godzin. Aby się przekonać, czy nie działa tu poddawanie (suggestya), podawałem czasem jakiś lek obojętny; chora wówczas nie spała.

W 12 przypadkach podawałem hedonal u osób starszych, wyniszczonych (*marasmus senilis*), cierpiących na bezsenność i tu hedonal okazał się skutecznym. Chorzy chwalili sobie ten środek i upominali się wprost przy wizycie

lekarskiej, popołudniowej o „lek na spanie". Słowem chorzy mieli wrażenie, jak gdyby kilka godzin przespali snem naturalnym.

Co do własności moczopędnych hedonalu, to moczenie nigdy nie było tak wybitne, aby mogło zwracać uwagę chorego i nigdy nie było powodem przerwy snu, a nawet na specyalne w tym kierunku pytania chorzy nie mogli dać pewnej odpowiedzi. Być może, że forma, w jakiej podawałem lek, była powodem, że nigdy nie występowało wybitniejsze moczenie. Chorzy brali hedonal w opłatku, popijając kilku łyżkami wody, co także, wobec niezbyt przyjemnego smaku, przypominającego mentol, jest polecenia godnem. Meissner bowiem utrzymuje, że hedonal, stosowany w rozczynie, działa wybitnie moczopędnie; Haberkant zaś dowodzi, że własności moczopędne hedonalu zależą od ilości zażytego przetworu, nie od formy, w jakiej został sporządzony.

Chcąc zbadać własności moczopędne hedonalu, przeprowadziłem w tym kierunku bardzo ścisłe spostrzeżenia u kilkudziesięciu chorych.

Dla jaśniejszego przedstawienia rzeczy podzielę chorych tych na trzy gromady.

Pierwsza obejmuje chorych, u których serce i nerki, a więc narządy najwięcej wpływające na stopę moczenia, były zdrowe. U pacyentów tych przy zwykłej dyecie mięszanej i przy zażywaniu jakiegoś leku obojętnego oznaczałem przez kilka dni ilość dzienną moczu, jego ciężar gatunkowy i główne składniki: chlorki, fosforany, siarkany, mocznik i kwas moczowy. Następnie podawałem hedonal, poczynając od małych dawek, bo wynoszących 0,50, aż do 5,0 dziennie, notując przytem pilnie liczbę i jakość tętna, ilość moczu i jego skład chemiczny. Hedonal podawałem w rozmaitej formie, już to w proszku, kilka razy dziennie po 0,5 i wyżej, już też w rozczynie wodnym i wyskokowowodnym, łyżkami; wreszcie wstrzykiwałem letni rozczyn wyskokowo-wodny 1% podskórnie.

Rp. Hedonali 2,00,
Spiritus Vini 20,00,
Aquae destill. steril. 200,00,
MS. Do wstrzykiwań.

Przy wstrzykiwaniach podskórnych postępowałem bardzo ostrożnie z najściślejszem zachowaniem przepisów aseptyki. Rozpocząłem wstrzykiwania od bardzo małej dawki (0,05) z obawy przed wystąpieniem miejscowego odczynu, następnie doszedłem do dawki 2,00 dziennie, to jest wstrzykiwałem cztery razy po 50,0 rozczynu wyskokowo-wodnego 1%. Wstrzykiwania wogóle chorzy znosili dobrze. Miejscowego odczynu zapalnego nigdy nie spostrzegałem, również bolesności, ani przykrych wrażeń stwierdzić nie mogłem.

Jedną zaletę posiadają wstrzykiwania podskórne hedonalu, mianowicie, że znacznie mniejsze dawki, niż przy zażywaniu wewnętrznem, działają nasennie. Już bowiem po wstrzyknięciu 0,50 hedonalu, a więc $1/3$ dawki, używanej wewnętrznie, chorzy znakomicie spali. Zaleta ta może znaleźć i praktyczne zastosowanie u tych chorych, u których z jakichkolwiekbądź powodów nie możemy podawać leków nasennych drogą przewodu pokarmowego.

We wszystkich przypadkach wyżej wymienionej gromady chorych jedynym wynikiem, jaki zauważyłem, było mierne powiększenie się ilości dziennej moczu przy prawidłowym jego składzie chemicznym i niezmienionej prawie ilości i jakości tętna. Przy większych dawkach 3,0—5,0 dziennie pewiększenie się ilości moczu wynosiło $1/2$ – $3/4$ dawnej jego ilości.

Z tego wynika, że hedonal podnosi stopę moczenia, działając pobudzająco na same nerki

Drugą gromadę stanowią chorzy z wadą serca. U tych chorych postępowałem ostrożniej i o tyle odmiennie, że po przeprowadzonej obserwacyi z samym hedonalem, zapisywałem go następnie równocześnie z różnymi lekami sercowymi i moczopędnymi, jak naparstnica, kofeina, kalomel i t. d., w końcu usuwałem hedonal, pozostawiając choremu leki sercowe.

Okazało się, że u chorych z wyrównaną w zupełności wadą sercową, w czasie używania samego hedonalu, jako też łącznie ze środkami sercowymi, ilość moczu stosunkowo była większa. Ubocznych szkodliwych skutków nie zauważyłem.

U chorych zaś z objawami niewyrównania wady sercowej, z niedomogą mięśnia sercowego, z przekrwieniem biernem narządów wewnętrznych, z białkomoczem zastoinowym i z obrzękami ogólnymi hedonal zdawał się prawie nie działać moczopędnie, ani sam, ani nie podnosił działania żadnego ze środków sercowych.

Spostrzegałem wreszcie moczopędne działanie hedonalu u chorych z zapaleniem nerek ostrem i przewlekłem. Postępowałem analogicznie, jak i u chorych poprzedniej gromady. Wyniki, co do stopy moczenia, były wprost ujemne. W czasie używania hedonalu nie zmieniała się ani ilość moczu, ani jego skład chemiczny, tylko ilość mocznika była stosunkowo większa, odsetki białka pozostały te same.

Hedonal przeto nie działa moczopędnie w przebiegu choroby nerek, nie drażni jednak i nie pogarsza cierpienia i może być u tych chorych w potrzebie używanym jako nieszkodliwy środek nasenny.

Ogólny wniosek z tych doświadczeń da się wyciągnąć taki, że hedonal działa lekko moczopędnie tylko u tych chorych, u których narząd moczowy wydzieluiczy, t. j. nerki, jest zupełnie prawidłowy i zdrowy.

Działanie to moczopędne da się jednak wykazać dopiero przy większych dawkach cztero lub pięciogramowych; przy mniejszych zaś, t. j. takich, jakich używamy dla wywołania snu, 1,50—2,0 działanie moczopędne jest nieznaczne, a przynajmniej nie takie, aby to chorych zmuszało do przerwy w śnie, coby wartość hedonalu, jako środka nasennego, oczywiście obniżało. Mnie przynajmniej przy dość znacznej liczbie, bo około stu spostrzeganych chorych z różnorodnemi cierpieniami, nie udało się nigdy tego stwierdzić.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć o cenie. Jeden gram hedonalu kosztuje obecnie 25 halerzy; taniej nieco wypada zapisany w tabletkach Bayera à 0,50.

Schüller znów zaleca zapisywać według recepty:

Rp. Hedonali 6,00,
Spiritus Vini dilut.,
Syrupi cinnamomi aa 30,0,
Ol. Carvi aether gutt. II.
M. D. S. 1 łyżkę zażyć (1,50 hedonalu).

Kończąc na tem moje uwagi, powtarzam, że hedonal, stosowany w bezsenności *(agrypnia)*, z jaką się często spotkać można w histeryi, neurastenii, wiądzie starczym i lżejszego stopnia psychozach, wreszcie u alkoholików, okazuje

się skutecznym; nie działa jednak u chorych, u których powodem bezsenności jest ból fizyczny.

Hedonal jest nieszkodliwy, a podawany dłuższy czas, nie działa zbiorowo wskutek swych własności moczopędnych.

Niech mi będzie wolno złożyć serdeczne dzięki Prof. Drowi St. Pareńskiemu za zachęcenie mnie do przeprowadzenia doświadczeń nad tym przetworem, za pozwolenie dokonywania ich na chorych jego oddziału szpitalnego i za udzielanie cennych rad i wskazówek.

Piśmiennictwo. Haas: Ueber ein neues Hypnoticum aus der Gruppe der Urethane, das Hedonal. Sammelref. — Allg. Med. Centr. Ztg. 48, 1900.

Neu: Ueber Versuche mit Hedonal. — Psych. Wochenschrift, Nr. 18, 1900.

Förster: Ueber das Schlafmittel Hedonal. — Psych. Wochenschrift, Nr. 23, 1900.

Goldschmidt und Dittersdorf: Ueber Hedonal. — Deutsche Med. Ztg., Nr. 91, 1900.

Meissner: Ueber das neue Hypnoticum Hedonal. — Med. Wochenschrift, Nr. 11, 1901.

Schüller: Hedonal, ein Hypnoticum der Urethan-Gruppe. — Wien. klin. Wochenschrift, Nr. 23, 1900.

III. O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doboru położnych.

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

(Dokończenie).

Pragnąc zwrócić uwagę do tego powołanych władz na konieczną potrzebę reformy przepisów służbowych dla położnych w duchu dzisiaj ogólnie przyjętych poglądów, przedkładam następujący:

Projekt zmian w przepisach służbowych dla położnych:

§ 2. 1. Irygator szklany.
7. Zapas tasiemek pępowinowych, długości około 20 ctm. wygotowanych i przechowanych w rozczynie sublimatu 1: 1000.
10. Szczotka z włókien roślinnych do mycia rąk, przechowana w rozczynie sublimatu 1: 1000.
12. 20 gramów sublimatu w papierkach 1 gramowych, tudzież 200 gramów krystalicznego kwasu borowego.
13. Miarka wielkości 30 gramów do mierzenia kwasu borowego.
14. 50 gramów wyjałowionej waseliny w tubce metalowej.
17. 50 gramów 1% rozczynu octanu srebrowego w ciemnej flaszeczce, tudzież zakraplacz.
19. 200 gramów wyjałowionej waty odtłuszczowej.
(Reszta punktów zostaje niezmieniona).

§ 10. *a*) Pierwszy ustęp pozostaje niezmieniony. Zamiast ustępu drugiego i trzeciego ma brzmieć:

„Z tych środków ma sporządzić płyn odwietrzający do rąk i części rodnych zewnętrznych przez rozpuszczenie jednego grama sublimatu w 1 litrze poprzednio przegotowanej ciepłej wody, tudzież płyn odwietrzający dla przechowania podczas porodu nożyczek i tasiemek pępowinowych, cewnika i t. p., przez rozpuszczenie 30 gramów kwasu borowego w 1 litrze poprzednio przegotowanej ciepłej wody. (*b* i *c* odpada). (zamiast dawnego *d* będzie):

b) Pierwszy ustęp pozostaje niezmieniony do słów: „aż po łokieć z obu stron jednakowo". Dalej ma brzmieć:

Mycie i szczotkowanie rąk i przedramion powinno trwać najmniej 5 minut. Potem osusza położna ręce czystym ręcznikiem, świeżo wypranym i przez nikogo poprzednio nieużywanym, oczyszcza paznogcie zapomocą pilnika i znowu myje i szczotkuje ręce i przedramiona mydłem w czystej i ciepłej wodzie conajmniej przez 5 minut. Na koniec osusza ręce taksamo, jak przedtem i zanurza na 5 minut w rozczynie sublimatu 1 gram na 1 litr wody.

W braku świeżo wypranego, przedtem nieużywanego ręcznika należy zaniechać osuszania rąk przed włożeniem ich do rozczynu sublimatu.

Szczotka do mycia rąk powinna być podczas porodu przechowana w naczyniu (miseczce) umyślnie na to przeznaczonem w rozczynie sublimatu, który należy często odświeżać.

Po skończonym porodzie należy szczotkę wygotować i włożyć do flakonu szklanego, wypełnionego rozczynem sublimatu i przeznaczonego do przechowania szczotki (§. 2, punkt 10).

§ 18. Pierwszy i drugi ustęp pozostaje niezmieniony.

Zamiast ustępu trzeciego i czwartego ma brzmieć:

Zanim położna po ukończeniu badania zewnętrznego przystąpi do badania wewnętrznego, musi obmyć i odwietrzyć ręce i przedramiona tak, jak przepisano w § 10, lit. *b*. Badanie wewnętrzne wykonywa położna nie osuszając ręki wyjętej wprost z rozczynu sublimatu i pomazując palec wskazujący wyjałowioną waseliną.

Ustęp piąty, szósty, siódmy i ósmy pozostaje niezmieniony.

§ 19. Pierwszy ustęp pozostaje niezmieniony. Zamiast ustępu drugiego ma brzmieć: Jeszcze przed rozpoczęciem się porodu powinna baczyć położna na wypróżnienie kiszki stolcowej zapomocą lejka Hegara, tudzież na wypróżnienie pęcherza moczowego; także starać się o utrzymanie w całości pęcherza płodowego i nie przebijać go sztucznie bez naglącej potrzeby. Trzeci i czwarty ustęp pozostaje niezmieniony.

§ 22. Zamiast początkowych trzech ustępów ma brzmieć:

Zaraz po urodzeniu się płodu ma położna oczyścić powieki i ich otoczenie zapomocą wacików, zamaczanych w 3% rozczynie kwasu borowego w ten sposób, że używa dla każdej powieki osobnych wacików. Zaraz zaś po odpępnieniu obowiązana jest położna zakroplić oczy noworodka 1% rozczynem octanu srebrowego, a potem przemyć oczy rozczynem soli kuchennej, uzyskanym przez rozpuszczenie 2 łyżeczek soli kuchennej w 1 szklance wody.

Ustęp czwarty, piąty, szósty, siódmy i ósmy pozostaje niezmieniony.

§ 25. Pierwszy ustęp pozostaje niezmieniony. Zamiast reszty ustępów ma brzmieć: wypróżnienie kiszki stolcowej zaraz po urodzeniu płodu jest niepotrzebne.

Taksamo powinna położna zaniechać kąpieli noworodka aż do dnia odpadnięcia pępowiny; natomiast należy obmywać wszystkie fałdy skóry, zwłaszcza okolicę otworu kiszki stolcowej zapomocą wacików, zamaczanych w letniej przedtem przegotowanej wodzie.

Opatrunek pępka winna położna zmienić, ilekroć znajdzie go wilgotnym, nie naruszając jednak waty, przyschniętej do pępowiny.

§ 26. Pozostaje w całości niezmieniony, tylko zamiast ustępu drugiego ma brzmieć: Przed każdem oczyszczeniem, które odbywa się przez spłókiwanie letnim rozczynem sublimatu (1 gram sublimatu na 1000 gramów wody) i zapomocą wacików zamaczanych w tym płynie, ma położna za każdym razem przywdziać czysty fartuch i odwietrzyć swoje ręce i przedramiona tak, jak w § 10, litera *b* przepisano.

Prócz wymienionych zmian mogą być wszystkie postanowienia ostatnich przepisów służbowych dla położnych z roku 1897 utrzymane w mocy.

Streszczając zatem jeszcze raz najważniejsze pożądane zmiany w przepisach służbowych dla położnych, podnoszę przedewszystkiem: zaprowadzenie sublimatu jako obowiązkowego środka przeciwgnilnego w celu wyjałowienia rąk w praktyce położnych, bezpłatne zaopatrywanie położnych w sublimat, kwas borowy, szczotki do rąk, wyjałowioną watę i wyjałowioną waselinę, tudzież zaprowadzenie obowiązkowego zapobiegawczego zakraplania oczów noworodków 1% rozczynem octanu srebrowego.

Tu jednak nie powinny się jeszcze kończyć usiłowania reformy. Rozszerzyć je należy na cały szereg postulatów, jeżeli chcemy oprzeć reformę o szeroką i gruntowną podstawę. Nawet najlepsze przepisy służbowe nie rozwiążą w zupełności zadania, jeżeli nie będziemy się starać równocześnie z jednej strony ulepszyć sposobu nauczania i wychowania położnych, a z drugiej strony umożli-

wić lepszym elementem oddawanie się zawodowi położnych.

Pierwszej potrzebie odpowie zdaniem mojem najlepiej: 1) zwiększenie ilości szkół położnych; 2) zaprowadzenie przy szkołach położnych poliklinik położniczych; 3) zaprowadzenie kursów powtarzających, połączonych z egzaminem, na które każda położna ma uczęszczać co 5 lat i pobierać podczas takowych stosowne wynagrodzenie, tudzież zwrot kosztów podróży.

Zachęcenie zaś lepszych elementów do oddawania się zawodowi położnych dałoby się osiągnąć przez: 1) zapewnienie ze strony państwa pewnego *minimum* dochodów, potrzebnego do przyzwoitego utrzymania położnych; 2) zabezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy z powodu choroby, starości lub kalectwa, powstałego w wykonywaniu zawodu.

Czas najwyższy, by zawód położnych przestał być schroniskiem tylko zubożałych, złamanych i zawiedzionych dziewcząt i kobiet, a natomiast należy powołać do niego osoby bardziej inteligentne i etycznie wyżej stojące. Tylko te ostatnie potrafią być dobremi położnemi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Presch (Hannover): **Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis.** *Würzburg, A. Stuber's Verlag (c. Kabitsch)*, 1903, str. 646.

Jeśli autor w swej przedmowie powiada, że przy układaniu dzieła miał na oku jedynie potrzeby lekarza-praktyka, to cel został zupełnie i w całości osiągnięty. Zważywszy bowiem, jak po macoszemu jest obecnie traktowaną w uniwersytetach ta gałęź nauki lekarskiej, skutkiem czego młody lekarz nie wynosi ze szkoły tych w codziennem życiu tak nieodzownie potrzebnych wiadomości, to pojawienie się dzieła, które zapoznaje czytelnika z tą istotnie praktyczną częścią medycyny, należy z wdzięcznością powitać. Jeśli się jeszcze doda do tego, że podręcznik Prescha ma i tę zaletę, że daje jasny pogląd na całą dziedzinę fizykalno-dyetycznego leczenia, nie uwzględniając zupełnie środków aptecznych, nadto nie nuży zbytecznemi teoryami i hipotezami, wówczas zrozumieć łatwo, że można mu rokować dobrą przyszłość. Również i podział całego materyału jest nader szczęśliwie ułożony, rozpada się bowiem na dwie części, z których pierwsza obejmuje wyczerpująco opracowane leczenie fizykalno-dyetetyczne wszystkich chorób, zestawionych tutaj w alfabetycznym porządku, bez względu na ich znaczenie kliniczne lub stanowisko anatomo-patologiczne. Na wyróżnienie zasługuje dokładne omówienie dyety w przebiegu cukrzycy, a w szczególności przyrządzanie potraw, napojów, rozmaitych odmian chleba, owoców i t. p., jednem słowem — czytelnik znajdzie wiele cennych wskazówek, wcale nie obojętnych w praktyce prywatnej. W rozdziałach n. p. o leczeniu wilka są uwzględnione najnowsze zdobycze, uzyskane przez stosowanie promieni świetlnych Finsena, Röntgena lub wreszcie gorącego powietrza Holländera; dalej pominąć nie można dyetetycznego leczenia neurastenii i kurczowego zaparcia stolca, którego istota dotychczas jeszcze nie całkiem wyjaśniona; wszystko to są rzeczy, których opracowanie chyba nie pozostawia nic do życzenia.

O ile w pierwszej części autor szczegółowo uwzględnił fizykalno-dyetetyczną terapię w stosunku do chorób i cierpień, o tyle w drugiej zaznajamia czytelnika z techniką tych wszystkich mechanicznych zabiegów leczniczych, które w ostatnich czasach tak poważną odgrywają rolę. Nader żywo przedstawia Presch we wstępie ogólne zasady wodolecznictwa, przechodząc stopniowo od najprostszych zabiegów jak zlewania, obmywania, zawijania w mokre prześcieradła, aż do nacierania, tuszów, kąpieli zwykłych, mineralnych całkowitych i częściowych i t. d. i t. d., wskazując w każdym przypadku sposób postępowania, ciepłotę i czas trwania. W drugim znów rozdziale skreślone są zabiegi, mające na celu wywołanie potów, a więc różnego rodzaju opakowania *(Dampfpackung)*, kąpiele parowe, w gorącem powietrzu *(Heissluftbehandlung)*, dalej kąpiele elektryczne świetlane, działające zapomocą ciepła promieniującego, a będące tylko słabem naśladownictwem kąpieli słonecznych i na wolnem powietrzu *(Helio- i aëroterapia)*. Tu należą także kąpiele w gorącym piasku, mule i fango. Wreszcie omawia autor stosowanie ciepła i zimna w przyrządach Leitera, Atzbergera dla jelita odchodowego i Winternitza psychrofory dla cewki moczowej.

Właściwą mechanoterapią w ścisłem tego słowa znaczeniu zajmuje się autor rozdziale trzecim, w którym podana jest technika mięsienia, nie odstępującą w niczem od zasad, podanych przez Reibmayra (*„Technik der Massage"*), zarówno jak gimnastyka czynna i bierna lub metoda Thure Branda, oparta zresztą na pracy Ziegenspecka *„Anleitung zur Massagebehandlung bei Frauenleiden"*. Tutaj opisuje autor, jak chora ma leżeć, jakie i jak długo trwające rękoczyny mają być zastosowane, w jakim kierunku i którą ręką mają być prowadzone i t. d, wogóle tak zrozumiale jest wszystko wytłómaczone, że czytelnik ma jasny obraz całego postępowania. Ciekawej części mięsienia, stosowanej w otyłości, nie możemy w sprawozdaniu pominąć, by jej dosłownie nie przytoczyć: ....„endlich springt der Arzt in ganzer Person auf den Leib des Kranken, so dass seine beiden Knie tief in die Magengrube hineindrücken, und hocht so lange auf dem Kranken, bis dieser anfangs 5, später 7—10, zuletzt 20 mal tief Atem geholt hat. Diese Gymnastik des Zwerchfelles bewirkt Schwund des Herz und Atmung behindernden Fettes. Eine solche Massage kann nur ein Arzt vornehmen, der Puls und Atmung beobachtet... (str. 7)" Mało chyba lekarzy znajdzie się chętnych do takiego „leczenia", a jeszcze chyba mniej pacyentów do poddania się takiej procedurze.

Łącznie z mechanoterapią omawia Presch zastosowanie prądu elektrycznego, które zresztą, jako rzecz więcej znana, mniej budzi zainteresowania.

Ostatni wreszcie rozdział poświęcony jest leczeniu dyetetycznemu: mlekiem i jego przetworami (kefir, kumys), owocami (winogrona, cytryny i t. d), lewatywami odżywczemi, zabiegami Schrotta, polegającymi, jak wiadomo, na systematycznem „suszeniu", t. j. możliwem wstrzymywaniu się od wody, względnie napojów, a końcowy dodatek całego dzieła stanowi ustęp o hipnotyzmie, względnie sugestyi (poddawaniu) i o upustach krwi (pijawki, bańki ciepłe i t. p.). Dokładny skorowidz rzeczy zamyka pracę.

Nie uwzględniając tedy pomniejszych, nie wchodzących zresztą w grę usterek, śmiało twierdzić można, że praca Prescha stoi w zupełności na wyżynie swojego zadania i można ją każdemu lekarzowi, a szczególniej „praktykowi", gorąco polecić. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze-Kraków).

V. Wyciągi.

O. Rosenbach. **O rozpoznaniu i leczeniu schorzeń mięśni.** (*Therapie der Gegenwart* 1903, zeszyt IV). W razie bolesnych zaburzeń w mięśniach zazwyczaj rozpoznaje się według autora chorobę nerwową, zapalenie nerwu, lub rwę; on zaś stwierdził w czystych bolach mięśniowych (myalgiach) taksamo miejsca bolesne na ucisk (*Druckschmerzpunkte*) i przebieg w napadach, jak wobec rwy nerwowej i często nawet w klasycznych przypadkach rwy kulszowej znalazł tylko schorzenie mięśni. W wielu przypadkach mięśnie są wyłączną lub główną siedzibą choroby, podczas gdy mylnie przyjmuje się chorobę organiczną głębiej położonych narzą-

dów; np. R. spostrzegał wiele przypadków domniemanego zapalenia gardła lub przełyku, gdzie tylko zmiany w mięśniach szyi i piersi były przyczyną choroby. Schorzenia mięśniowe mają też dziś dlatego znaczenia szczególne, gdyż różni partacze przez energiczne leczenie zapomocą naciągania, mięsienia, stosowania ciepła i plastrów lepsze osiągają wyniki, niż lekarz, który szukaniem ścisłego rozpoznania organicznego zaniepokaja nieraz chorego i za długo zwleka z energicznymi zabiegami miejscowymi.

Ból mięśniowy (myalgia) może powstać 1. z powodu zbyt silnego ochłodzenia, szczególnie przy spoconej skórze; 2. z powodu nadmiernego natężenia, nagłego i długotrwałego napięcia i urazów; 3. pod wpływem różnego rodzaju zaburzeń w krążeniu i 4. jako następstwo zboczeń przemiany materyi i zmian ustrojowych (cukrzyca, zapalenie nerek, miesiączka, zwrot płciowy, usposobienie nerwowe). Schorzenia mięśniowe zdarzają się n. p. bardzo często wobec niektórych zaburzeń narządu pokarmowego, połączonych zwykle z nieprawidłowościami stolca i zmianami w układzie żylnym i nie można zaprzeczyć, że krwawnice prócz czynnościowych zaburzeń narządu pokarmowego połączone są często z znacznymi bolami w mięśniach grzbietu, miednicy i kończyn, zmniejszającymi się po krwawieniu, lub przy uregulowaniu stolca. Zresztą doświadczenie wykazuje, że liczne przypadki rwy kulszowej ustępują po usunięciu zaburzeń kiszkowych i autor twierdzi, że zaburzenia w kiszce ślepej i wstępującej są przeważnie połączone z rwą kulszową prawostronną, a zaburzenia w kiszce zstępującej z rwą kulszową, a raczej z bólami mięśniowymi kończyny lewej i grzbietu tej strony.

Także niektóre przypadki migreny polegają głównie na zaburzeniach niektórych mięśni głowy i szyi; podczas gdy wobec migreny „nerwowej“ znachodzimy punkty bolesne: skroniowy, nadoczodołowy i nosowy, oraz różne objawy oczne, — w migrenie „mięśniowej“ mamy do czynienia nie z punktami, lecz przestrzeniami bolesnemi na głowie, szyi i karku, bez wszelkich objawów ocznych, natomiast osobliwe rytmiczne i bolesne stukanie i tętnienie, wzmagające się przy każdym ruchu, powstające przy mechanicznem wstrząsaniu lub napinaniu bardzo bolesnych mięśni, wreszcie z powodu tętnienia naczyń wielkich mięśniowych przy każdym skurczu serca. Każde poruszenie głową, każde przesunięcie oczasznej, zmarszczenie czoła, zamykanie i otwieranie oczu jest bolesne i prócz tego istnieje jeszcze przeczulica pokrywającej mięśnie skóry. Ta postać migreny występuje zwykle rano przy przebudzeniu się po mocnym, lecz niespokojnym śnie, następującym po większych natężeniach cielesnych lub umysłowych, kiedy śpiący pozostaje nieraz kilka godzin w położeniu przymusowem i nienaturalnem. Ludzie cierpiący na migrenę „mięśniową“ doznają często bolów mięśniowych w innych częściach ciała. R. przekonał się, że skłonność do schorzeń czynnościowych mięśni polega na dziedziczności. Migrena, na którą kobiety w czasie regularności tak często cierpią, jest po największej części mięśniową. Tu najlepiej działa spokój; podczas gdy inne postacie bolu głowy łagodnieją w ruchu na wolnem powietrzu, lekkiem zajęciu itp. I niedomoga nerwowa w wielu przypadkach polega na drażliwem cierpieniu mięśni, jako głównym objawie i byłoby często o wiele słuszniejszem mówić o myastenii, zamiast neurastenii.

Bardzo często bolesność mięśni klatki piersiowej może budzić podejrzenie zapalenia opłucnej tembardziej, że skurcze oddechowe niektórych mięśni mogą przypominać tarcie opłucnowe. Rozpoznanie różniczkowe może stać się bardzo zawiłem przez to, że z powodu silnej bolesności mięśni ruchy oddechowe są bardzo bolesne, a w dodatku z powodu gośćca ciepłota może być podwyższona. Tu często rozpoznanie można oprzeć dopiero *ex juvantibus*, gdyż gorące okłady, stosowane przez kilka godzin, zwykle łagodzą objawy gośćca mięśniowego, a jeszcze bardziej silny prąd przerywany przynosi już po kilku minutach ulgę tak, że chory przy następnem elektryzowaniu chętnie znosi tę bolesną procedurę. Choroby czynnościowmięśni nadbrzusza i dolnych mięśni grzbietowych mogą pozorowatypowe kurcze żołądkowe, lub inne choroby narządów jamy brzućsznej. Zmiany te zdarzają się po największej części u kobiet i dziewcząt, szczególnie po natężeniach cielesnych (tańce, pranie, wielkie sprzątanie), lub z powodu pewnych pozycyj przymusowych przy zajęciu (rysowanie, szycie itp.). Niekiedy napady występują w czasie miesiączkowania. Bóle uciskowe lub kłujące ogarniają całe nadbrzusze, szczególnie lewą część, a bolesność jest najczęściej wzdłuż łuków żebrowych, zwłaszcza lewego i sięga często do grzbietu. Przytem chory żali się na wzdęcie w okolicy żołądka i lekkie mdłości, lecz łaknienie jest zwykle dobre. Chorzy mają boleści przy zginaniu, wyprostowaniu i obrotach tułowia. Podczas trawienia wzmagają się dolegliwości z powodu wypełnienia żołądka, podobnie jak i podczas wypróżnienia przy działaniu tłoczni brzusznej. Tak więc bole mięśniowe mogą pozorować kurcze żołądkowe i wrzód żołądka, kolki jelitowe, kamicę żółciową itp. W uporczywych przypadkach były one już nawet przyczyną przedsięwziętej operacyi. Napady dusznicy bolesnej, względnie dychawicy, mogą być także przyrody czysto mięśniowej, przytem rozpoznanie różniczkowe podczas napadu jest bardzo trudne; oddech wobec dusznicy mięśniowej jest płytki i przyspieszony; chory stara się o ile możności zatrzymać każde głębokie wciągnięcie powietrza *). Zdaniem autora nerwobole, występujące u chorych na cukrzycę, przewlekłe zapalenie nerek i inne choroby ustrojowe, są nieraz niczem innem, jak tylko bolami mięśniowymi, a nawet punkty bolesne odpowiadają więcej przebiegowi niektórych mięśni, niż nerwów.

Co się tyczy leczenia tych spraw mięśniowych, to musi ono być rozmaite w różnych postaciach tego cierpienia; głównie polega na umiejętnem mięsieniu i faradyzacyi; jeśli zaś przyczyną choroby są prawdziwe sprawy zapalne i uszkodzenia tkanek, należy członki ustalić zapomocą opatrunków. W ostrych postaciach natężenia mięśni mięsienie i faradyzacya są najskuteczniejsze; jeśli zaś sprawa wychodzi z powięzi i ścięgien, elektryzowanie nie pomaga, tylko mięsienie i antypiryna, fenacetyna itp. Im sprawa starsza, tem energiczniej należy masować, lecz trzeba dokładnie wyszukać punkty bolesne, by je poddać mięsieniu. Autor podaje niektóre wskazówki dla wyszukania tych punktów. Gdzie miejsca te nie są przystępne dla mięsienia, należy stosować silny prąd przerywany, posługując się szerokiemi i bardzo mokremi elektrodami. I wobec migreny mięśniowej należy masować wyszukane miejsca bolesne, co w pierwszej chwili jest bardzo dotkliwe, lecz już po kilku minutach objawy zaczynają ustępować. Bole mięśniowe, występujące często i okresowo u chorych na niedomogę nerwową, błednicę, niedokrewność i cukrzycę, wymagają leczenia ogólnego, a ulgę sprawia tu nie mięsienie, lecz spokój, brom, antypiryna i podobne przetwory. Często też gimnastyka, ciepła odzież, należyte ogrzewanie sypialni są bardzo korzystne. Dolegliwości mięśniowe, pochodzące z krwawnic i zaparcia żywota, wymagają uwzględnienia tych przyczyn i tu autor zaleca środki drastyczne i wody gorzkie, jeśli kiszka gruba jest niewydolną; natomiast ciepłe lewatywy, jeśli siedzibą jest pętla esowata i odbytnica. Przy bolach mięśniowych brzucha i grzbietu, mających pozór zaburzeń żołądkowych i kiszkowych, nie zarządza się zwykle żadnych zmian w dyecie, a tylko mięsienie bolesnych mięśni brzucha, grzbietu i międzyżebrowych, a jeśli nie są one przystępne mięsieniu, to faradyzowanie; a jeśli to nie pomaga, poleca autor ruchy gimnastyczne, zginania, wyprostowania, obroty tułowia i t. p.

Dr. Fels.

Hohlbeck. **Przyczynek do wystąpienia prątka tężcowego poza obrębem miejsca zakażenia u człowieka.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 10). Do niedawna utrzymywało się przekonanie, że prątek tężca nie rozszerza się w ustroju poza miejsce zakażenia, że powodem objawów tężca jest zatrucie ogólne wytworami tych prątków. Obecnie mnożą się spostrzeżenia, w których prątek tężcowy znajdowano poza miejscem zakażenia, np. we krwi. Pozostaje jeszcze zagadką, dotychczas nierozstrzygniętą, czy prątki te, nie będące w ranie, spółdziałają w procesie chorobowym, lub czy też znalezienie ich poza raną nie jest przypadkowem. Autor znalazł w piśmiennictwie trzy wzmianki o znalezieniu prątka tężcowego we krwi (Hochsinger, Belfanti i Pescarolo, Dor). W przypadku autora chory uderzył się kawałkiem drzewa w boczną stronę nosa, a po 8 dniach wystąpiło utrudnienie połykania i skurcz umięśnienia połykowego. Umarł dziewiątego dnia wśród typowych objawów tężca. Sekcya wykazała tylko w ranie na nosie tkankę podskórną obumarłą i rozpadłą. Hodowle z tego miejsca wykazały pod drobnowidem i na zwierzętach typowego prątka tężcowego, hodowle zaś z śledziony i płynu mózgo-rdzeniowego dały wynik ujemny. Na pięć godzin przed śmiercią chorego wypuścił mu H. krew z żyły przedramienia. Preparaty świeże, hodowle przez wkłucie i pocieranie były bez wyniku; hodowle bulionowe dały dopiero siódmego dnia nieliczne prątki, znajdujące się tylko w osadzie hodowli i jakieś koki, przyczem wydzielała się zaś z nich nieprzyjemna woń zjełczałego masła. Z tej hodowli przeszczepił autor na inne, w których po 8—10 dniach dały się wykazać typowe bakterye chochlowate, oprócz tego koki; z jedenastu myszy, którym zaszczepiono do 1 $ctm.^3$ tej hodowli późniejszej zdechło siedm wśród objawów tężca; myszy zaś, którym szczepiono hodowle wzięte z rany na nosie w ilości 0,1 $ctm.^3$, zdychały po 12-tu godzinach. Na mocy tych doświadczeń wnosi autor, że prątki tężca przechodzą z rany do obiegu krwi w pewnych okolicznościach, przyczem zakażonie mięszane gra jakąś rolę. Schnitzler nawet przypuszcza, że towarzyszące prątkom tężcowym drobnoustroje wywołują prąd limfy, którym prątki zostają porywane. Czy ciężkość zakażenia, stan rany wywołuje to wędrowanie

---

*) Porównaj artykuł tego autora o dusznicy mięśniowej «Przegląd lekarski» 1902, Nr. 35, str. 510.

prątków tężca, niepodobna stwierdzić na mocy dotychczasowych spostrzeżeń. *B. Żmigród.*

Würzel. **Rumień lombardzki (pellagra) z uwzględnieniem jego występowania w południowej części Bukowiny.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 8, 1903). Badania ostatnich czasów dowiodły, że rumień lombardzki nie jest chorobą zakaźną, lecz zatruciem (intoksykacyą), spowodowanem przez jady, zawarte w zepsutej mące kukurydzianej; pasorzyty bowiem żyjące bądźto na liściach, bądź na ziarnach kukurydzy, wytwarzają w pewnych warunkach jady, które dostawszy się do przewodu pokarmowego człowieka, wywołują znamienne dla rumienia objawy. W okolicach, gdzie kukurydza dobrze się udaje, a jej mączka dobrze jest chronioną od zepsucia, bardzo rzadko rumień się pojawia; natomiast w tych, w których skutkiem warunków klimatycznych i gruntowych kukurydza karłowato się rodzi, a ludność bądźto przez niedbalstwo, bądź przez ubóstwo niebardzo ochrania od zepsucia jej ziarno, które bez wyboru spożywa, daleko częściej występują przypadki rumienia. Spostrzeżenia dalej wykazały, że jeśli choremu na rumień podaje się zamiast zepsutej, kukurydzę zupełnie zdrową, lub też inny pokarm, to po niejakim czasie następuje poprawa, a w przypadkach niedaleko jeszcze posuniętych i wyleczenie — okoliczność, której w żadnej chorobie zakaźnej nie zauważono, a która wyraźnie przemawia przeciw pasorzytniczemu pochodzeniu rumienia. Wszyscy wreszcie badacze zgadzają się na to, że choroba ta występuje zazwyczaj u ludzi, spożywających przez dłuższy czas potrawy, sporządzane z nadpsutej mączki, lub ziarna kukurydzy.

Rumień lombardzki jest chorobą całego ustroju: usadawiając się z szczególnem upodobaniem w układzie nerwowym, gruczołach brzusznych, narządzie krążenia, skórze, znamionuje się w pierwszych swych początkach niedokrewnością, osłabieniem mięśni i zawrotami, do których później dołączają się objawy ze strony przewodu pokarmowego (obłożony język, odbijania, upośledzone łaknienie, mniejsza lub większa biegunka itp.). Po niejakim dopiero czasie występują rozległe zapalenia niepokrytych części skóry (*dermatitis*), przyczem tworzą się pęcherze i większe lub mniejsze owrzodzenia. O ile leczenie rumienia w początkowych okresach nie przedstawia żadnych trudności, o tyle nie wywiera prawie żadnego wpływu u tych chorych, którzy przedstawiają już typowy obraz charłactwa rumieniowego.

W pierwszym rzędzie należy spełnić wskazanie przyczynowe, a więc zupełnie usunąć z odżywienia zepsutą kukurydzę, zarówno jak i potrawy lub napoje (rodzaj wódki) z niej sporządzone, wogóle cały sposób życia ma uledz gruntownej zmianie. Już to jedno postępowanie daje czasami bardzo dobre wyniki, które nadto bywają jeszcze wydatniejsze przez podawanie arsenu w postaci rozczynu Fowlera, na niedokrewność zaś i charłactwo skutecznie działają przetwory żelaza w połączeniu z chininą.

Dr. H. Pisek (Podgórze-Kraków).

Šamberger (Praga). **Reinfectio syphilitica.** (*Časopis lékařů českých* 1903, Nr. 11). Šamberger przytacza jeden przypadek, gdzie w 7 lat po pierwszem zakażeniu kiłowem, które było spostrzeganem i leczonem w czeskiej klinice dermatologicznej w Pradze, nastąpiło wtórne typowe zakażenie kiłowe (*ulcus durum*). Pacyent 30-letni, agent handlowy, przedstawiał i w późniejszym przebiegu choroby typowy obraz świeżego zakażenia kiłowego (*syphilis maculosa*) i poddany był leczeniu swoistemu wcieraniami, dodajmy z dobrym wynikiem. Jako zajmujące powikłanie pierwszego zakażenia wystąpił u chorego gościec stawowy i zapalenie wsierdzia; powikłanie to pozostawiło po sobie zwężenie ujścia żylnego i niedomykalność zastawki dwukończystej, która w czasie wtórnego zakażenia utrzymywała się stale w stanie wyrównania.

Chlumský (Kraków).

E. Foisy. **Nowy sposób znieczulania tkanek.** (*Neue Therapie. La presse medic.* Nr. 29, 1903). Zważywszy dosyć znaczne trudności w dotychczasowem znieczulaniu miejscowem, a mimo to często zbyt powierzchownem, jak to bywa przy stosowaniu chloretylu, radzi autor używać mięszanki kokainowo-adrenalinowej w następującym stounku: *Rp. Solutio cocaini (1 : 200), 20—25 gr. Solutio adrenalini hydrochl. (1 : 1000) X—XV kropli*

Mięszanka ta może być przygotowaną i wyjałowioną w oryginalnych, do tego celu służących rurkach, lub tuż przed operacyą przez lekarza w ten sposób, że do rozczynu kokainy (1: 200) na każde 10 grm. dodaje się 10 kropli 0·1% adrenaliny.

Przy stosowaniu tej mięszanki, zapewnia nas autor, możemy wykonać w zupełnem znieczuleniu liczne zabiegi chirurgiczne, jak zanogcice, nacięcia ropówek i ropni, wyłuszczenie gruczołów i t. d. Autor poleca ścisłe przestrzeganie metody postępowania w tych przypadkach, aby raz wbijając igłę z równoczesnem wypychaniem środka znieczulającego, posuwać się igłą naprzód, lub coraz głębiej; zwykle jednocześnie na całej przestrzeni kilku lub kilkunastocentymetrowej występuje zupełne znieczulenie wraz ze zblednięciem pola operacyjnego. Należy jednakowoż baczyć, aby rana pooperacyjna została następnie dokładnie wytamponowaną, a wszystkie tętniczki ziejące podwiązane, jeżeli mamy otrzymać rychłozrost.

Dr. Włodz. Serkowski (Stryj).

Schneiderlin. **Znieczulenie skopolaminowo-morfinowe.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 9). Autor podaje dalszy szereg przypadków, sposób usypiania i wysokość dawki, wreszcie wyprowadza następujące wnioski: Wady tego znieczulania polegają na tem, że trzeba go naprzód wypróbować, traci się dużo czasu na przygotowanie, a po przebudzeniu trzeba długo zważać na oddech. Zalety zaś dają pewność sposobu po jego wypróbowaniu, czynią zbytecznym osobnego pomocnika i nie wywołują psychicznego urazu, który tak często występuje przy chloroformie. Zarzuty, czynione przez niektórych badaczy, pochodzą z powodu niewypróbowania metody, ze stosowania za dużych dawek i z niedostatecznego czekania na wystąpienie uśpienia. *Dr. Grzybowski.*

Planer. **Wolny płyn w jamie brzusznej skutkiem zapalenia nerek. Wyleczenie zapomocą laparotomii.** (*Wiener med. Presse* 1903, Nr. 10). Chorej z zapaleniem nerek, znaczną ilością białka w moczu i wolnym płynem w brzuchu, posiadającej zdrowe serce, wypuszczono płyn przez cięcie w linii środkowej. W trzy tygodnie nastąpiło całkowite wyleczenie.

Dr. Grzybowski.

Ziwert. **W sprawie oznaczania granic żołądka przez nadymanie.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 3). Oznaczając w klinice prof. Wagnera (Kijów) granice żołądka przez nadymanie go małemi (2,0 dwuwęglanu sodowego i 1,0 kwasu winowego) i dużemi (4×2 i 6×3) dawkami dwuwęglanu sodowego i kwasu winowego, opukową palpacyą (oznaczaniem szmeru pluskania), wreszcie opukiwaniem z jednoczesnem wysłuchiwaniem przez fonendoskop, przyszedł Z. do wniosków następujących: 1) granice żołądka, oznaczone opukiwaniem po nadęciu niewielką ilością gazu węglowego (2,0 dwuwęglanu sodowego i 1,0 kwasu winowego), są jednakowe z granicami, oznaczonemi opukową palpacyą i fonendoskopem: sposób ten ma jednak tę przewagę nad innymi, że daje możność oznaczania nietylko dolnej granicy, lecz również prawej; w razie zaś opadnięcia żołądka — i górnej granicy, w przeciwieństwie do sposobu opukowej palpacyi, która oznacza tylko dolną granicę; nadymanie małą ilością gazu ma również przewagę i nad metodą fonendoskopową, ponieważ oznacza bezpośrednio granicę żołądka, wtenczas gdy metoda fonendoskopowa wymaga pierwotnego zapoznania się z położeniem żołądka, co jest niezbędne dla rozwiązania pytania, do którego z narządów, żołądka czy wzdętego jelita — należy odgłos opukowy; wreszcie nadymanie małą ilością gazu może być stosowane dla oznaczania granic żołądka nawet naczczo, z wyjątkiem tylko rzadkich przypadków chorobliwej niewydolności odźwiernika, 2) granice żołądka, oznaczone nadymaniem zapomocą wielkiej ilości gazu (4,0 dwuwęglanu sodowego i 2 kwasu winowego, lub 6 × 3), różnią się znacznie od granic, oznaczonych małą ilością; używając wielkich ilości gazu, oznaczamy nie istotne granice, lecz granice żołądka sztucznie rozszerzonego i przesuniętego, co pod względem rozpoznawczym jest niepożądanem; to nadymanie jednak, rysując granice żołądka w wpadający w oko sposób, ma wielkie znaczenie dla rozpoznania opadnięcia żołądka; 3) rozszerzenie żołądka, występujące podczas znacznego nadymania jego jest nierównomierne; żołądek przesuwa się znacznie więcej ku stronie prawej, niż ku dołowi. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. v. Hacker. **W sprawie sondowania „bez końca“ zwężeń przełyku.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 6). Jednym z najtrudniejszych aktów tego zabiegu jest wyłowienie przez przetokę żołądkową końca połkniętej nitki. W ostatnich czasach autor ułatwił rzecz w sposób następujący: na cieniutkim pręciku fiszbinowym (lub strunie) wprowadza do żołądka (oczywiście przez drożny, choćby w minimalnym stopniu przełyk), malutką torebkę z żelatyny, wypełnioną zwiniętemi nićmi, których drugi koniec biegnie wzdłuż pręcika przez usta na zewnątrz. Po wejściu do żołądka, H. okręca ostrożnie pręcik, skutkiem czego torebka żelatynowa z nićmi zesuwa się, po pięciu minutach żelatyna się rozpuszcza, choremu każe się wówczas pić wodę, która, wylewając się przez przetokę, wypłókuje nici na zewnątrz. *Herman.*

Dr. H. Ebstein. **Puszka aseptyczna do przechowywania nawleczonych igieł.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 51). Jest to metalowe pudełko, w połowie przedzielone ścianką metalową na dwa piętra, a ściankami prostopadłemi na pewną liczbę przegródek, od góry i dołu zamknięte, o podwójnem dnie przedziurawionem. W przegródkach przechowuje się igły nawleczone nićmi, oczywiście wyjałowionemi. *Herman.*

Dr. F. Kuhn. **Nawlekadło.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 7). Aby uniknąć dotykania palcami nici do szwu i podwiązek, używa K. przyrządu, który mechanicznie zachwytuje nić na jednym końcu, podczas gdy za drugi pociąga się szczypczykami i napiętą nić zakłada się na igłę. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kwas osmowy. (*Acidum osmicum*). (E. Merck: *Jahresberichte*, 1902) bardzo zalecany w postaci rozczynu Flemminga do okładów i miąższowych wstrzykiwań w przebiegu raka. Rozczyn Flemminga składa się z 15 części 1% kwasu chromowego, 4 części 2% kwasu osmowego i 1 części kwasu octowego lodowatego. Płynu tego można wstrzykiwać do 8 ctm. sz. na jeden raz na obwodzie guza, albo 1 ctm. sz. tuż pod jego powierzchnię. Postępowanie to jest prawie bezbolesne, zmniejsza wydzielinę i osłabia jej cuchnącą woń. Do zatruwania zębów można stosować na wacie 3% eterowy rozczyn kwasu osmowego. Cena 1 grm. około 8 koron. *Dr. T. Ż.*

Kakodylan strychniny. (*Strychninum kakodylicum*). (E. Merck: *Jahresberichte*, 1902). Eyssério stosował środek ten w leczeniu gruźlicy; jednak dodatnie działanie przypisuje obecności strychniny, nie zaś niewielkiej przymieszce kwasu kakodylowego. Dzięki zawartości strychniny lek ten działa pobudzająco na łaknienie, pośrednio zatem podnosi wagę ciała. Najlepiej stosować podskórnie, zaczynając od 2 mgr. na dobę i szybko dochodząc do 20 mgr. (u kobiet 10 mgr.). Płyn do wstrzykiwań przyrządza się rozpuszczając 1 gram kakodylanu strychniny w 10 grm. gliceryny, ogrzanej w łaźni wodnej i dolewając wody do 100 ctm. Najwyższa dozwolona dawka wynosi 36 mgr. Cena 1 grama około 7 koron. *Dr. T. Ż.*

Kakodylan żelaza. (*Ferrum kakodylicum*). (E. Merck: *Jahresberichte*, 1902). Lalli poleca środek ten obok kakodylanu sodowego w niedokrwności wieku dziecięcego. Oba te środki mają wpływać pomyślnie na pomnożenie liczby ciałek czerwonych, jednak tylko kakodylan żelaza powiększa zawartość hemoglobiny. Waga ciała ma się podnosić, jak również ogólne odżywienie znakomicie poprawia się. Stosuje się wewnętrznie, lub śródżylnie. *Dr. T. Ż.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 20. maja 1903 r.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 35.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Prof. Trzebicky demonstruje: *a)* chorego, u którego przed 7 laty wykonano z powodu zwężenia bliznowatego odźwiernika po wrzodzie okrągłym gastroenterostomię sposobem Hackera. Chory ten przez trzy lata po operacyi był zupełnie zdrów. Od tego czasu pojawiały się u niego znowu wymioty, począt owo żółciowe, a w ostatnich tygodniach nawet kałowe, z powodu wytworzenia się niewłaściwego krążenia treści jelitowej przez błędne koło *(circulus vitiosus)*. Prelegent był zmuszony u tego chorego wykonać powtórną gastroenterostomię sposobem Wölflera, przez co chory uzyskał ponownie zupełne zdrowie.

b) Dziewczynę z nadliczbowymi palcami na wszystkich kończynach. (Przypadek objaśniony rentgenogramami).

c) Chorego i chorą, leczonych z powodu przepukliny pachwinowej, względnie udowej, zalaniem kanałów przepuklinowych parafiną.

III. Kol. Eisenberg wygłosił zapowiedziany odczyt: »O nowej postaci chorobowej. t. zw. durze rzekomym«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Przewodniczący zaznacza że u zwierząt istnieje kilka chorób, wywołanych przez prątki z grupy prątków okrężnicowych, które mogą być przeniesione na ludzi. Kol. Bier zapytuje prelegenta, czy miał sposobność sam wyhodować z przypadków chorobowych *bacillus paratyphi*. Kol. Bier widział w ostatnich czasach dwa przypadki duru, gdzie próba Widala dawała wynik ujemny, a więc prawdopodobnie były to przypadki paratyfusu; badań bakteryologicznych z tych przypadków nie przeprowadzał.

Kol. Prelegent zaznacza w odpowiedzi, że dotychczas nie napotkał w hodowlach z wydalin ludzkich *bac. paratyphi*.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 27 listopada 1902 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. Obecnych członków 10

1. Przewodniczący donosi, że zrzekł się godności przewodniczącego Komisyi na co otrzymał, od komitetu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pismo z dnia 21. stycznia 1902 r następującej osnowy: »Zarówno komitetowi, jak Towarzystwu, znane są znakomite zasługi Szanownego Pana Kolegi tak około założenia tej Komisyi, jak też w ciągu całego kilkunastoletniego jej istnienia Komitet i Towarzystwo są przekonane, że na stanowisku przewodniczącego Komisyi przemysłowo-lekarskiej nikt z równym pożytkiem dla Komisyi pracować nie potrafi, a zmiana przewodniczącego równałaby się upadkowi Komisyi. A właśnie w chwili obecnej, gdy całe społeczeństwo dąży do wyswobodzenia się z pod wpływu obcych firm na różnych polach bytu ekonomicznego, może komisya przemysłowo-lekarska pod kierunkiem Szanownego Pana Kolegi wybitną odegrać rolę. Towarzystwo lekarskie odwołując się do znanej gotowości Szanownego Pana Kolegi w sprawach, tyczących się dobra Towarzystwa, prosi najusilniej Szanownego Pana Kolegę o zatrzymanie nadal przewodnictwa w Komisyi przemysłowo-lekarskiej, tembardziej, że Zarząd Towarzystwa lekarskiego już jest ukonstytuowany, a po drugie, znajdzie niezawodnie Szanowny Pan Kolega w łonie komisyi przemysłowo-lekarskiej zastępcę, któryby Mu w sprawach komisyi chętnie dopomagał«.

Wobec tego przewodniczący oświadcza, że poddaje się woli Towarzystwa lekarskiego i że nadal, o ile to będzie możebne, sprawami Komisyi kierować będzie.

2. Jak już nadmieniono w protokole posiedzenia z dnia 10 Grudnia 1901, Towarzystwo lekarskie lwowskie uchwaliło utworzyć w łonie swojem Komisyę przemysłowo-lekarską do popierania przetworów leczniczych krajowych. Komisya ta udała się do Komisyi krakowskiej z prośbą o wspólność działania, a w szczególności z wnioskiem, ażeby te przetwory i wyroby krajowe, które poleci jedna z komisyj, były uznane jako polecone przez Komisye przemysłowe obu Towarzystw. W tym celu komisya lwowska prosi o zawiadomienie jej o wszystkich przetworach krajowych przez Komisyę krakowską polecanych, a nawzajem odwrót prosi, ażeby przetwory krajowe lecznicze, zbadane i polecone przez Komisyę lwowską, były równocześnie bez dalszych badań popierane przez Komisyę krakowską.

Na pismo to uchwalono odpisać, że Komisya krakowska cieszy się z tego, iż dała inicyatywę, by także inne komisye tego rodzaju zajęły się popieraniem przemysłu leczniczego i że zastosuje się w zupełności do życzeń Komisyi lwowskiej, o ile na to pozwoli Komisyi krakowskiej regulamin Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Według regulaminu tego Komisya krakowska nie jest ciałem samodzielnie uchwalającem, lecz jedynie ciałem doradczem Tow. lek. krakowskiego, które wszelkie uchwały Komisyi zastrzega do swej decyzyi.

3. Pastylki jodożelaziste Jahra po przedwstępnych badaniach oddano do referatu Doc. Drowi Lembergerowi.

4. Co do przetworów firmy »Brabant«, a w szczególności co do wyrobu pastylek dynamofor, uchwalono zasięgnąć opinii Doc. Dra Lembergera i Dra M. Śliwińskiego.

5. Przyjęto z uznaniem do wiadomości, że lekarz zdrojowy Dr. Kmietowicz, wraz z właścicielem hotelu »pod trzema różami«, panem Znamierowskim w Krynicy, zamierzają otworzyć zimowe uzdrowisko dla chorych niedokrwnych, neurasteników i ozdrowieńców po ciężkich chorobach i uchwalono uzdrowisko to popierać.

6. Wino *„condurango“* pana Mag. Farm. E. Matuli, aptekarza w Radomyślu, oddano do zbadania Doc. Drowi Lembergerowi.

Co do wyrobu »sapomentolu« i »stomachin« uchwalono odpowiedzieć, że pan Matula, jako ukwalifikowany aptekarz, przetwory te wyrabiać może, że one odpowiadają wszelkim wymaganiom technik. farmaceutycznej, ale że pomimo to Komisya przemysłowo-lekarska nie może przetworów tych przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia, gdyż należą one do licznego szeregu tych leków uniwersalnych, których tak chętnie chorzy bez wiedzy i zezwolenia lekarza na swoją własną odpowiedzialność używają.

7. Również uchwalono odpowiedzieć odmownie na pismo aptekarza C. z propozycyą o popieranie balsamu mentolokamforowego, a to z powodu, że środek ten, mimo że odpowiada wszelkim wymaganiom techniki farmaceutycznej, musi być zaliczony do rzędu prze-

tworów, które według przepisu lekarskiego każda apteka sporządzać powinna. Przy tej sposobności uchwalono zwrócić uwagę producenta, że dłuższe używanie większych ilości mentolu nie jest dla skóry obojętnem.

8. Wobec niezwykle silnej reklamy soli leczniczych jodobromowych zagranicznych, w której biorą udział także i lekarze polscy, uchwalono zwrócić uwagę zarządów zdrojowych w Rabce, Iwoniczu, Rymanowie i w Truskawcu, ażeby w sposób wydatniejszy niż dotąd reklamowały wyroby soli leczniczej, ługów i mułów solankowych.

9. Przyjęto z uznaniem do wiadomości zgłoszenie się Dra Mogilnickiego z Buczacza z wyrobem wina borówkowego, co do którego Komisya od lat kilku czyniła usilne starania. Wino to oddano Prof. Drowi Jakubowskiemu i Doc. Drowi Lembergerowi do ocenienia.

10. Uchwalono, że Komisya dopiero wtedy zająć się może ocenieniem wyrobu sztucznego lodu w fabryce krakowskiej, jak niemniej ocenieniem wyrobów fabryki »Tlen« we Lwowie, gdy producenci ci zgłoszą się do Komisyi.

11. Na podstawie ponownych doświadczeń, podjętych z wyrobem papierków synapismowych »Austrya« (Lebensztajn, Zwierzyniec) Komisya przyszła ponownie do przekonania, że papierki te są bez porównania lepsze i tańsze od podobnych wyrobów zagranicznych. To też z ubolewaniem dowiedziała się Komisya z pisma producenta, że papierki te cieszą się znacznem uznaniem poza granicami kraju, a bardzo tylko wyjątkowo zapotrzebowywane bywają przez aptekarzy krajowych.

12. Przetwory dyetetyczne Pana Gurgula (dawniej Czyńskiego) z fabryki Jarosławskiej oddano do ocenienia Doc. Drowi Lembergerowi.

13. Na zgłoszenie kilku aptekarzy krajowych, żądających poparcia wyrobu win leczniczych, uchwalono odpisać, że wina te sporządzać powinna każda apteka, a Komisya przemysłowo-lekarska może się zająć oceną wyrobu tych win o tyle tylko, o ile one wyrabianeby były w sposób fabryczny.

14. Do zbadania i ocenienia zakładu wodoleczniczego Dra Kupczyka w Krakowie delegowano Dra Śliwińskiego, Doc Dra L. Korczyńskiego i Doc Dra Lembergera.

15. Obecnego właściciela apteki, P. Bartmańskiego, dawniej E. Hellera, uchwalono zachęcić do dalszego fabrycznego wyrobu przetworów organoterapeutycznych.

16. Po dokładnem zbadaniu tranu Meyera, którego skład utrzymuje Mag. Farm. Aptekarz K. Wiszniewski w Krakowie, uznano, że tran ten okazuje znacznie większą wartość leczniczą, aniżeli inne przetwory tego rodzaju. Na podstawie badań chemicznych, podjętych przez Doc Dra Lembergera i na podstawie doświadczeń klinicznych uznano wyrób tranu jodowo-żelazistego Aptekarza Mag. Farm. Pana K. Wiszniewskiego, jako przetwor farmaceutyczny, godny polecenia. (Wniosek ten Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 3. 12. 1902 zamieniło w uchwałę, w skutek czego pan Aptekarz Wiszniewski upoważniony został do reklamowania swego wyrobu).

Dr. Michał Śliwiński, sekretarz Komisyi.

VIII. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Miał więc słuszność Jan Śniadecki (Żywoty uczonych Polaków p. Jana Śniadeckiego. Wydanie Turowskiego, Kraków, 1861 str. 13), kiedy opisując wiernie i dość szczegółowo szkołę krakowską, której był wychowańcem, mistrzem i chlubą, mówi: „Do tych jeszcze obrad (uniwersyteckich) należeli doktorowie medycyny, przyjęci od Uniwersytetu i mieszkający w mieście, bo nauk lekarskich wcale nie było"; wierzyćby mu i bez tego należało, już to jako znanemu miłośnikowi prawdy, a tembardziej w tym razie, jako naocznemu długoletniemu świadkowi, a powątpiewanie, jakie z zaszczytnej zapewne pobudki, a jest nią miłość rzeczy ojczystych i chęć przyznania swemu narodowi chluby dawności w uprawie nauk, wyraża Gąsiorowski (Zbiór wiadom. do hist. sztuki lek. 1839 str. 66), jest wcale nieuzasadnione, a wobec takiej powagi nawet dość dziwne. Czyniono wprawdzie różnemi czasy gorliwe usiłowania i nie szczędzono znacznych ofiar, zwłaszcza ze strony samych członków Wydziału, poświęcających na ten cel długim znojem zebrany i zapracowany dobytek, aby naukom lekarskim nadać szerszy rozwój i zabezpieczyć wykład porządny, zupełny i całkowity, tudzież znaczenie, wpływ i skuteczność, jaką miały Wydziały inne, lecz zbawienne te starania, chociaż chwilowo usuwały niektóre niedostatki, nie zdołały atoli zwalczyć potężnych przeszkód, wynikających już to z głównego urządzenia szkoły, już też z ogólnych klęsk Rzeczypospolitej.

Owoż wyposażyli katedry profesorowie Wydziału lek. (Roczn. Wydziału lek. w Uniw. Jag. T. II 1839. Wyjątek z dziełka: „Stan wewnętrzny y zewnętrzny Studii generalis Universitatis Cracov." 1774, str. 73 et seq.). Maciej z Miechowa w r. 1509 20 grzywien od kapitału 600 czerwonych złotych węg., ubezpieczonych na mniejszych Sukiennicach; Piotr z Poznania w r. 1577 i 1578 na jatkach i kamienicach na Kazimierzu talarów 42 od kwoty 1400 złot., roku 1602 Jan Zemeli 100 czerw. złot. węg. na dwóch profesorów anatomii i botaniki; r. 1673 Woiński czerw. złot węg. 330 i złotych 2 i t. p.

Na początku XVIII stulecia, mianowicie od r. 1701—1705 Dr. Jan Zajączkowicz (Roczn. Wydz. lek. w Uniw. Jag. T. II, str. 65) z nieznużoną wytrwałością domagał się, aby przywrócić i ustalić regularny i postępowi ówczesnemu odpowiedni tryb czynności Wydziału lekarskiego, aby upominać się o zwrot uronionych przez zaniedbanie funduszów, aby zapobiegać licznym gorszącym nadużyciom, które się niestety wkradły. Mimo to jednakże przewaga, jaka od początku przyznana była Wydziałom teologicznemu i prawniczemu, zakrój niemal zakonny Uniwersytetu, który z postępem czasu skutkiem zatargów z Jezuitami nietylko nie zmienił się za przykładem szkół głównych zagranicznych, lecz zwolniawszy nieco w drugiej połowie XV stulecia, w końcu XVI-go jeszcze wybitniejszą przybrał cechę (Muczkowski: Bractwa jezuickie i akademickie w Krakowie. Kraków 1845, str. 9. „do Uniwersytetu, który przedtem, aczkolwiek z duchownych profesorów w znacznej części złożony, swą umysłową siłę w czerstwości utrzymywał i krzepił, powoli wkradać się zaczął duch zakonny, który jagiellońską szkołę, tę niegdyś czystą zdrowej i gruntownej nauki krynicę, zamienił z czasem w mętny stek ciemnoty i zepsutego smaku"), tak dalece, że całe grono nauczycieli i uczniów obowiązane było do odbywania ciągłych ćwiczeń duchownych w bractwach, znajdujących się pod kierunkiem jużto ojców Dominikanów, już też Karmelitów bosych, wreszcie rozprzężenie wewnętrzne, rokosze szlachty, najazdy i pustoszenie Szwedów, a później ościennych mocarstw sprowadziły upadek oświaty, a razem z nim skutecznej uprawy nauk lekarskich w Polsce. Jak wyłącznie katolickie piętno nosił na sobie Uniwersytet Jagielloński aż do jego zbawiennej reformy w r. 1780, która niestety na krótko tylko poprzedziła ostateczny rozbiór i utratę politycznej samodzielności kraju, dowodzą tego słowa Jana Śniadeckiego (Żywoty uczonych Polaków. Wyd. Turowskiego. Kraków, 1861 str. 21), który opisując urządzenie tej starożytnej szkoły, której był wychowańcem, tak się wyraża: „Dwa były główne prawa i obowiązki kanclerza" (którym był na zasadzie bulli papieża Urbana V, potwierdzającej erekcyę, każdorazowy biskup krakowski) „sądzić z rektorem sprawy do siebie przez apelacyą wytoczone, prezydować na wszystkich examinach do doktorstwa w każdym fakultecie i examinowanym po odebranem od nich wyznaniu wiary rzymsko-katolickiej, dawać pozwolenie czyli *licentiam pro gradu doctoris* i tacy nazywali się *licentiati.* I dlatego same tylko osoby wyznania katolickiego mogły się w Akademii krakowskiej doktorować".

Jakkolwiek powodowani szczerością na zasadzie niewątpliwych świadectw historycznych wyznać winniśmy, że nauki lekarskie w szkole Kazimierzowskiej dotkliwego doznawały upośledzenia, to jednakże na chlubę jej wypowiedzieć także potrzeba, iż jak w innych zawodach wydała mężów, którzy byli jej zaszczytem, a chlubą wieku swojego

i całej ludzkości, tak i między swoimi wychowańcami liczy także słynnych lekarzy, jak Nowopolskiego, Strusia, Najmanowicza, obu Petrycych, Oczka i wielu innych, a nadewszystko nieśmiertelnej pamięci Kopernika, nietylko wielkiego matematyka i astronoma, ale i doktora medycyny, którzy w szkole krakowskiej pierwsze naukowe pozyskali stopnie, t. j. bakalarskie i mistrzowskie, doktorskie zaś wielu z nich otrzymawszy w Uniwersytetach włoskich, francuskich lub niemieckich, potwierdzali je w ojczystej Akademii i do niej się wcielali.

Lekarze w Polsce w wieku XIV.

O lekarzach w Polsce ze stulecia XIV szczupłe tylko i bardzo niedokładne dochowały się wspomnienia. Muczkowski [Wiadomość o założeniu Uniw. str. 9 w przypisku) pomiędzy kanonikami katedralnymi krakowskimi, żyjącymi za Kazimierza Wielkiego, a wypisanymi z rękopismu pargaminowego z XIV wieku, mającego tytuł *Calendarium vicariorum ecclesiae cathedralis Cracoviensis*, a będącego wówczas własnością ks. Mateusza Gładyszewicza, kan. kat. krak., przytacza także Magistra Wacława, doktora medycyny, pospolicie zwanego Wenceslaus physicus.

Długosz (Hist. Pol. Lib. IX pag. 1159—1160) i Miechowita (Lib. IV str. 231) czynią wzmiankę o przybocznym lekarzu Kazimierza Wielkiego, mistrzu Henryku z Kolonii (Henricus de Colonia), którego radami zbawiennemi ze względu na wstrzemięźliwość w użyciu już to napojów odurzających, już też kąpieli, król wzgardziwszy, naraził się na ciężki powrót choroby. Ciż sami kronikarze wspominają o drugim lekarzu królewskim Mistrzu Mateuszu (Magister Mathaeus), który wbrew zdaniu innych obecnych spółtowarzyszów sztuki, dozwoliwszy Kazimierzowi Wielkiemu napić się miodu, nabawił go pogorszenia znacznego *(Magistri Mathaei alterius medici permissu, ceteris omnibus medicis improbantibus, medonem bibens in ampliorem recidivationem devenit).*

Nieco więcej wiadomo o Janie z Radlic v. z Radlicza (Johannes de Radlice), zwanym także Johannes Parvus. Oprócz stopnia doktorskiego lekarskiego zajmował także biskupią stolicę w Krakowie. Rodem był z Wielkopolski ze wsi Radlic, blisko Kalisza, pochodzenia szlacheckiego herbu Korab. Fr. Rzepnicki (Vitae Praesulum Poloniae. Posnaniae 1761, T. I, pag. 303) podaje o nim, że dla wykształcenia się w sztuce lekarskiej udał się do Francyi. Miechowita (Chr. Regn. Pol. Lib. IV, pag. 262) powiada, że kilka lat w tym celu bawił w Montepesulanie i takiej nabył w niej doskonałości, że na prośbę chorego Ludwika, króla węgierskiego i polskiego, zaniesioną do władcy francuskiego o przysłanie mu znamienitego lekarza, król Karol V wyprawił w tym celu Jana owego, który też królowi zdrowie przywrócił. W uznaniu zasług obdarzony kanonią, miał sobie także powierzoną pieczęć królewską. Później został biskupem, umarł r. 1392. Jan Łaski arcybiskup gniezn. wystawił mu pomnik w r. 1518. (C d. n).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

III. Posiedzenie z dnia 23 maja 1903 r.

Obecni: Dr. Festenburg, prof. Dr. Mars, Dr. Biegelmayer, Dr. Piaskiewicz, Dr. Wysocki, Dr. Smolarski, Dr. Papée, Dr. Pisek, Dr. Mehrer i Dr. Szymański.

Nieobecni: Dr. Eckhardt, Dr. Żukowski i Dr. Stöckl.

1. Prezydent zdaje sprawozdanie z czynności Wydziału od ostatniego posiedzenia Izby. Izba interweniowała w sprawie usunięcia jednego lekarza gminnego z tej posady. Na zapytanie c. k. Namiestnictwa Wydział Izby wydał opinię w sprawie reformy zawodu aptekarskiego w tym kierunku, że przedłożony projekt nie nadaje się do wprowadzenia i nowy winien być wniesiony. Kasa chorych lekarzy nie weszła dotąd w życie, gdyż brakuje jeszcze 10 członków do liczby 100, ustawowo potrzebnej. W sprawie otwierania nowych lecznic Wydział Izby zwrócił się do c. k. Namiestnictwa, by przed udzieleniem koncesyi zasięgało opinii Izby. Izba przyłączyła się do wniosku Izby morawskiej, by wnieść petycyę do Rządu o uwzględnienie lekarzy Kas chorych w ustawie przymusowego ubezpieczenia na starość urzędników prywatnych. Komitet organizacyjny, wybrany na zgromadzeniu lekarzy lwowskich, odbył kilka posiedzeń i sprawa przeprowadzenia zawodowej organizacyi lekarzy jest w toku. Uwolnień od opłaty udzielono 4 lekarzom od połowy, 8 od dwóch trzecich i 2 w całości; zapomóg udzielono 3 (150 kor.; 100 kor. i 50), a jednej wdowie po lekarzu zwrócono koszta pogrzebu męża w kwocie 100 kor. Rada honorowa załatwiła w okresie sprawozdawczym 10 spraw, w części sporów osobistych między lekarzami, a osobami prywatnemi. W sprawie nieprzybywania członków na posiedzenia Izby odczytuje prezydent odnośne ustępy regulaminu i prosi o przestrzeganie tych przepisów.

2. Sprawa zmiany ustawy. Referuje prezes Dr. Festenburg, przewodnictwo obejmuje na ten czas prof. Dr. Mars. Komitet Izb, powołany do wypracowania projektu ustawy, zasięgnął porady prawników i przedkłada obecnie do przedyskutowania w Izbach nowy referat, noszący nazwę ordynacyi dla lekarzy (*Aerzteordnung*), a łączący wszystkie przepisy, normujące stosunek lekarza w ogólności i ustawę o Izbach w jedną całość. Referent wskazuje na kilka zmian zasadniczych w owym elaboracie, mianowicie rozszerza on przynależność do Izb na lekarzy, pozostających w służbie rządowej i wojskowej, następnie zawiera przepisy o wpisaniu na listę lekarzy, jako koniecznym warunku rozpoczęcia praktyki lekarskiej, znosi przymus lekarski, rozdziela Wydział Izby od Rady honorowej, która ma stanowić osobne ciało, rozszerza władzę dyscyplinarną Rady, a mianowicie podnosi wysokość grzywny do 1000 kor. i nadaje jej prawo wykreślenia z listy lekarzy czasowo, lub trwale. Przystąpiono do dyskusyi. W sprawie przynależności do Izb lekarzy wojskowych zabierali głos: Dr. Smolarski, Dr. Biegelmayer, Dr. Pisek, prof. Mars, Dr. Papée, Dr. Wysocki i referent. Uchwalono pozostawić ten ustęp w brzmieniu, jaki jest w projekcie.

Następnie dyskutowano nad kwestyą większości, rozstrzygającej przy wyborach; uchwalono tę sprawę pozostawić do załatwienia Wydziałowi.

Nad sprawą prawa Rady honorowej co do wykreślenia z listy lekarzy wyłoniła się dłuższa dyskusya, w której zabierali głos: Dr. Pisek, Dr. Biegelmayer, prof. Mars, Dr. Piaskiewicz, Dr. Papée i referent. Uchwalono wykreślić ustęp dotyczący tej sprawy.

Nad podniesionym przez Dra Szymańskiego wnioskiem, by w przepisach postępowania Rady honorowej zamieszczono sposób rozstrzygania sporów, wynikłych ze stosunku służbowego, zabierali głos: Dr. Festenburg, Dr. Papée i Dr. Szymański. Wniosku poddanego pod głosowanie nie uchwalono.

3. Prof. Dr. Mars jako referent przedstawia sprawę wiedeńskiego związku Towarzystw lekarskich (*Aerzteverein-Verband*). Przewodnictwo obejmuje napowrót prezes Dr. Festenburg. Referent po dłuższem przemówieniu czyni wniosek, by Izba uchwaliła wpisać wszystkich lekarzy do niej przynależnych do tego związku i upoważniła Wydział do wypłacenia temuż odpowiedniej sumy tytułem wkładki za wpisanych lekarzy, przyczem opłata do Izby niema być podniesioną. Przemówienie referenta poparł kilku słowami prezes Dr. Festenburg. W dyskusyi nad tą sprawą zabierali głos: Dr. Pisek, który dodatkowo uczynił wniosek złożenia podziękowania prezesowi Drowi Festenburgowi, referentowi prof. Marsowi i tym wszystkim kolegom, którzy się tą sprawą zajęli i przyczynili do jej przeprowadzenia, nadto Dr. Piaskiewicz. Po wyjaśnieniach referenta co do rozdawnictwa zapomóg, uzyskiwanych w przyszłości z wymienionego związku Towarzystw lekarskich, a mianowicie, iż rozdzielane będą przez komitet miejscowy, przyjęto w głosowaniu jednomyślnie wnioski referenta i Dra Piseka.

4. Wnioski członków: Dr. Biegelmayer, podnosząc nizkość płac, pobieranych przez lekarzy na różnych stanowiskach lekarskich, wnosi, by Izba o ile możności na to wpłynęła. W dyskusyi zabierali głos: prezes Dr. Festenburg, Dr. Papée i Dr. Mars. Po wyjaśnieniach Dr. Biegelmayer wniosek swój cofnął.

Dr. Biegelmayer porusza sprawę obniżenia lekarzom dyet za szczepienie ospy. W pewnym konkretnym przypadku za upomnienie się lekarza o to obniżenie, Wydział krajowy usunął go zupełnie w roku następnym od tej funkcyi. Mowca zapytuje prezydyum, czy możliwą jest w tym przypadku ingerencya Izby, a jeżeli tak, to o nią prosi. Wyjaśnień udzielił prezydent, a prof. Dr. Mars wskazał na to, iż lekarz ów winien się odnieść do Izby i nadesłać jej wszystkie akta tej sprawy.

Dr. Festenburg, Dr. Mars, Dr. Papée, Dr. Szymański, Dr. Smolarski, Dr. Wysocki, Dr. Biegelmayer, Dr. Mehrer, Dr. Pisek, Dr. Piaskiewicz.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego d. 12 maja 1903 r.

Przewodniczący: Dr. Trzebicky. Obecni: Drowie Kwaśnicki, Langie, Schoengut, Walczyński.

1. Przewodniczący odczytuje dziennik podawczy.
2. Numer pisma, anonimowo nadesłanego, a dotyczącego Dra *P.* złożono do aktów.
3. Przewodniczący zdaje sprawę ze Zjazdu delegatów we Lwowie. Po dłuższej dyskusyi zgodzono się, by prezes przydzielił tę sprawę jednemu z członków Wydziału do referowania przed pełną Izbą.
4. Dr. Walczyński zdaje sprawę z zamierzonej zmiany ustawy o Izbach, proponując przyjęcie odnośnego projektu wiedeńskiego z pewnemi zmianami, dotyczącemi poszczególnych ustępów projektu. W myśl referenta Wydział uchwala tak zmieniony projekt przedstawić do przyjęcia pełnej Izbie.
5. Załatwiono prośby o uwolnienie od wkładek.

Na tem posiedzenie zakończono.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego d. 19 maja 1903 r.

Przewodniczący: Dr. Trzebicky. Obecni: Drowie Kwaśnicki, Langie, Schoengut, Walczyński.

1. Przewodniczący odczytuje dziennik podawczy.
2. W sprawie Kas majsterskich, na wniosek referenta Dra Walczyńskiego, Wydział uchwala przedstawić Izbie rezolucyę tej treści, że Izba uważa pauszalowanie lekarzy przez Kasy majsterskie za niezgodne z interesami stanu lekarskiego, a jedynie za odpowiednie wynagradzanie lekarzy za poszczególne czynności, przy wolnym wyborze lekarza.
3. W myśl wywodów referentów Drów Kwaśnickiego i Walczyńskiego w sprawie zachowania się w obec reskryptu c. k. Ministerstwa Spraw Wewn. z d. 14. VII. 1902 l. 29949 o środkach do zwalczania gruźlicy, Wydział uchwala zaczekać, aż się ukaże część szczegółowa, zapowiedziana w tymże reskrypcie.
4. W sprawie udzielania zapomóg polecono podskarbiemu, by na przyszłem posiedzeniu przedstawił w przybliżeniu budżet Izby na przyszłość, z uwzględnieniem zapomóg.
6. Na posiedzenie Izby, mające się odbyć 13 czerwca 1903, uchwalono następujący porządek dzienny:
   a) Sprawozdanie z czynności Wydziału i Rady honorowej.
   b) Sprawozdanie Komisyi weryfikacyjnej.
   c) Sprawa Kas majsterskich.
   d) Sprawa funduszu zapomogowego dla wdów i sierot przy Związku Towarzystw lekarskich austryackich w Wiedniu.
   e) Projekt zmiany ustawy o Izbach.
   f) Wnioski członków.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Schoengut, sekretarz Izby.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Jako epilog podniesionej przezemnie w łamach „Przeglądu lekarskiego“ sprawy obniżenia dyet za szczepienie ospy, podaję do wiadomości ogółu lekarskiego, iż tutejsze c. k. starostwo, które w tym roku taksamo, jak od lat dwunastu, przydzieliło mnie jeden z okręgów szczepienia, otrzymało rozporządzenie tej treści, iż c. k. namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym zmienia tegoroczne przydzielenie I. okręgu szczepienia mej osobie, a przydziela je komu innemu. Wszelkie komentarze zbyteczne! — chyba nie zawadzi jeden, iż tutejsze c. k. starostwo wystosowało przedstawienie, w którem podniosło pewne moje zasługi przez szereg 12-tu lat, jakoteż i tę okoliczność, iż lekarz prywatny, któremu na me miejsce przydzielono okręg szczepienia, będzie o jedną koronę więcej dziennie kosztował; na co jednakże otrzymało lakoniczną odpowiedź, by zastosowało się do pierwotnego rozporządzenia. *Difficile est satyram non scribere!*

Sambor, 30 maja 1903 r.

Dr. Wojciech Chrząszczewski.

PS. Sprawę tę podniósł na posiedzeniu Izby lekarskiej kol. Dr. Biegelmayer, jako członek Izby, która uchwaliła ingerować w tej kwestyi u Wydziału krajowego.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4. czerwca.

* D. 30 maja odbyło się posiedzenie Komisyi sanitarnej m. Krakowa. Przedmiotem obrad była pojawiająca się od trzech tygodni choroba z nieznanym dotychczas przebiegiem. W posiedzeniu, wskutek zaproszenia p. prezydenta, wzięło udział grono lekarzy, którzy mieli w praktyce sposobność obserwowania objawów „nowej choroby“. Po wyczerpującem omówieniu objawów chorobowych wyraziła Komisya jednomyślnie zdanie, że 1) choroba, której kilkanaście przypadków pojawiło się w Krakowie od 10 do 20 maja, jest zbliżona do influency, odznacza się umiejscowieniem zmian chorobowych w twarzy, a w szczególności powstawaniem obrzęków i zaczerwienienia powiek; że 2) przebieg jej jest wogóle łagodny, a wcale nie niebezpieczny; że 3) nie przenosi się ona wcale z osoby na osobę.

Orzeczenie Komisyi sanitarnej zgadza się z przekonaniem większości lekarzy, obserwujących „nową chorobę“ w Krakowie, a niezawodnie znajdzie potwierdzenie i w wynikach doświadczeń, dokonywujących się w zakładach uniwersyteckich.

* Rada m. Krakowa uchwaliła na wczorajszem posiedzeniu odstąpić bezpłatnie Towarzystwu lekarskiemu grunt przy ul. Radziwiłłowskiej w obszarze 491.63m.² pod budowę własnego domu.

* Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się w Krakowie d. 13 czerwca o godzinie 5-tej w biurze Izby (ul. św. Krzyża, 7).

* Wydział krajowy mianował sekundaryuszami szpitala św. Łazarza w Krakowie Dr. Józefa Gogulskiego i Dr. Jana Ozgę.

* Przemysłowiec łódzki, pana Herbst, ofiarował na budowę szpitala dla dzieci w Łodzi, w myśl inicyatywy Dr. Johnschera, 200,000 rubli.

* Dr. Józef Zanietowski (syn), po skończonym sezonie w Cirkwenicy, osiadł na porę letnią w Jaśkowicach (pod Krakowem), gdzie od 1 czerwca kieruje Zakładem wodoleczniczym.

* N 6 i 7. „Zdrowia“ zawiera sprawozdanie ze Zjazdu, który odbył się w końcu kwietnia b. r. w. Warszawie, a był zwołany przez Towarz. higieniczne w celu powzięcia uchwał, zmierzających do poprawy stosunków higienicznych w miastach i wsiach Królestwa Polskiego. Zeszyt ten „Zdrowia“ obejmuje na 431 stronach druku 66 prac, poruszających najważniejsze zagadnienia higieniczne bieżącej chwili. Ze względu na wspólność rasy, klimatu i zbliżonych warunków życia, zeszyt ten „Zdrowia“ powinien znaleźć się w rękach wszystkich lekarzy galicyjskich, stojących na stanowiskach stróżów zdrowia publicznego.

(L). Jeden z pp. aptekarzy krakowskich złożył na cele Tow. samop. lekarzy 100 kor., zobowiązując się składać tę kwotę co roku zamiast darów noworocznych. Ofiarodawcy, który nie życzy sobie być wymienionym, składa Wydział na tem miejscu publiczne podziękowanie.

* Pani Dr. Sieberowa, znana współpracownica ś. p. Marcelego Nenckiego, przystąpiła do wydania zbiorowego wszystkich prac nieodżałowanego profesora.

* Instytut zapomóg dla wdów i sierót po lekarzach, będący częścią „Związku austryackich towarzystw lekarskich“ donosi, że w ciągu r. 1902 i 5 miesięcy roku bieżącego kapitał jego powiększył się o 25,000 koron. Zarząd tego Instytutu wyraża swoje podziękowanie tym osobom i instytucyom, które przyczyniły się do zebrania tego funduszu.

Z protokołu Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, umieszczonego wyżej w rubryce „Wiadomości zawodowych“, dowiadujemy się, że Izba uchwaliła pod pewnymi warunkami wpisać swoich członków do tego Instytutu. O ile nam wiadomo, Izba lekarska zachodnio-galicyjska weźmie ten przedmiot pod obrady w d. 13 b. m.

* W Wiedniu zawiązuje się nowe stowarzyszenie „Związek lekarzy niemieckich w Austryi“, które ma być strażnicą niemieckości od Wschodu, a jednocześnie tworzyć zwartą organizacyę zawodową coś w rodzaju syndykatu; członkowie tego Związku zobowiązują się paragrafem statutu powoływać na narady lekarskie, wybierać specyalistów i polecać przy wysyłaniu do zdrojowisk — tylko członków nowego Związku, pomijając wszystkich innych lekarzy i wszystkie inne względy. Niezdrowa to nowość, bo nietylko wprowadza pierwiastek polityczny w stosunki lekarskie Austryi, będącej aglomeratem różnych narodów i ras, ale i ze stanowiska ogólnoludzkiego i etycznego czyni chorego przedmiotem koleżeńskiej wzajemności, bez względu na pierwszorzędny cel lekarza — zdrowie chorego. Izby lekarskie powinny orze-

knąć, czy tego rodzaju paragraf w statucie jest dopuszczalny ze względu na jego ostateczną tendencyę, czy godność stanu lekarskiego nie ucierpi wobec egoistycznych zamiarów statutowo związanej kliki.

* „Index Medicus“, który przed laty wychodził pod redakcyą Billinga, a następnie upadł dla braku dostatecznej liczby abonentów, ponownie zaczął wychodzić. Obecnie jest 300 abonentów którzy również nie pokryją wydatków bardzo kosztownego wydawnictwa.

* Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Do Towarzystwa przystąpili następujący nowi członkowie: 1) Benda Antoni (Dębica). 2. Bełzowski Michał (Toporów). 3. Hacker Dawid (Stanisławów). 4. Jasiński Stanisław (Lwów). 5. Jasilkowski M. (Chodorów). 6. Krasowski Stanisław (Stanisławów). 7. Krobicki Tadeusz (Lwów). 8 Kurasiewicz Józef (Strzyżów). 9. Langsam Gustaw (Nowy Targ). 10. Neuberger Zygmunt (Bohorodczany). 11. Opolski Jan (Stanisławów). 12. Prof. Pieniążek Przemysław (Kraków). 13. Skórkowski Wacław (Trzebinia). 14. Schwarc Jan (Kraków). 15. Szamed J. (Janów). 16. Tokarski Feliks (Kołaczyce). 17. Wrzosek Adam (Kraków). 18. Żukowski Aleksander (Toporów). 19. Aronsohn Sam. (Podgórze). 20. Mildner Józef (Oleszyce). 21. Schlank Maurycy (Oświęcim).

Z wydziału Towarz. Samopomocy lekarzy. *Dr. Langie,* sekretarz.

* Namiestnictwo niższo-austryackie wydało d. 26 maja szczegółowe rozporządzenie o obowiązku lekarzy donoszenia władzy o przypadkach gruźlicy.

* W Gryfii została urządzona szkoła dla kształcenia obsługi, używanej do desinfekcyi.

* Między 13 a 19 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), cieszanowskim (2 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), gorlickim (1 gm.), horodeńskim (2 g.), jaworowskim (1 gm.), łańcuckim (2 gm.), mościskim (4 g.), niskim (2 gm.), peczeniżyńskim (1 g.), przemyskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (4 g.), rudeckim (2 g.), samborskim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (5 g.), stanisławowskim (2, g.), staro-samborskim (1 gm.), stryjskim (2 g.), tarnowskim (1 g.), tłumackim (1 g.) trembowelskim (1 g.), złoczowskim (3 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XIX (10—16—V). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 22, urodziło się dzieci 54, zmarło osób 49, mianowicie: z gruźlicy 11 (5 zam.), z zapalenia płuc 7 (4 zam.), z ospy 1, z płonicy 4 (1 z.), z cholery niemowląt 2 (1 zam.), z gorączki połogowej 1.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 21. Winiarski i Zenczykowski: Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu, oraz uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie. Hertz: Powikłania przy operacyi wyrośli adenoidalnych (c. d.). H. Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 21. Leśniowski: Przyczynek do chirurgii kiszek. Stanisławski: Przypadek tężca przyrannego leczony surowicą.

— *Kronika lekarska* Nr. 10. Steinsberg: Dalsze uwagi o leczeniu chorób serca w Francensbadzie. A. Heiman: Z praktyki otyatrycznej.

— *Krytyka lekarska* Nr. 4. Giedroyć. Król Władysław IV (Historya choroby) (c. d.).

— Nr. 5. J. Jaworski: Klinika i pracownia kliniczna. Giedroyć: Król Władysław IV (Historya choroby) (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 5. Marczewski: Sprawozdanie z czterech ruchomych oddziałów okulistycznych. Goldblum: Przypadek choroby Bantiego. Tumposki: O nawykowem umiarkowanem spożywaniu napojów wyskokowych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 21. Mladějowský: Balneotherapie úplavice cukrové. Doskař: Připad rychlého oslepnuti u tabesu. Katholický: Přispěvky k poznani dědičnosti tuberkulosy. Stock. O léčeni tuberkulosy dle methody Landererovy.

— *La Presse médicale* Nr. 41. Loeper: Rozcieńczenie krwi i moczenie nadmierne. Allard: Kąpiele elektryczne, ich technika i wskazania.

— Nr. 41. Lucas—Championnière: Wstrzykiwania pochwowe w celach położniczych, ginekologicznych i higienicznych. Garnier: Zastosowanie jodku metylu jako pryszczydła.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 21. Senator: Rozpoznawanie schorzenia i wydolności nerek. Morgenroth: W sprawie surowicy przeciwmorfinowej. Lilienfeld: Weronal, nowy przetwór nasenny Kronecker: O uproszczonem postępowaniu przy roentgenowaniu, wraz z demonstracyą. Hueppe: Ćwiczenia ciała a alkoholizm (dokończenie).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 22. Toldt: Karol Langer v. Edenberg (życiorys). Zuckerkandl i Erben: Przyczynek do fizyologii ruchów dowolnych. Burkard: W sprawie operacyjnego leczenia krwotoków groźnych po wycięciu migdałków. Moszkowicz: O fizostygminie, leku przeciw niebezpiecznej bębnicy, zwłaszcza po operacyach. Nikolich: Całkowita międzykroczowa prostatektomia, jak zabieg w leczeniu przerostu gruczołu krokowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 21. Bumm: Natychmiastowe rozwiązanie jest najlepszym środkiem leczenia drgawek porodowych. Simon: Pochwowe cięcie cesarskie. Thorn: Leczenie ciąży zamacicznej. Hammer: Zatrucie lyzolem. Theilhaber: Zastosowanie t. zw. dyety jarskiej w praktyce lekarzy chorób kobiecych. Knoop: Włókiako-mięśniak wrośnięty w błonę doczesną i jego wydalenie jajem. Osterloch: Zranienia macicy. Nussbaum: Długotrwała i ciągła czynność wydzielnicza sutków. Hildebrandt: Osobliwości położnicze. Braune: Przypadek kwilenia śródmacicznego. Müller: Aseptyczne rozszerzadło szyjki macicznej, dające się zastąpić pręcikiem blaszkowca w osłonce. Krull: Proste praktyczne rozszerzadło maciczne. Merkel: Jeszcze o kwasie borowym, jako przetworze leczniczym. Schottmüller: Odróżnianie gatunku paciorkowca chorobotwórczego dla człowieka za pomocą hodowli na agarze z krwią.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 22. Hering: Hemisystolia rzekoma i hemisystolia pośmiertna. Liepmann: O surowicy swoistej łożyska ludzkiego. Mitulescu: Korzyści leczenia skombinowanego gruźlicy przewlekłej (dok.). Wieting: Przyczynek do sprawy ogólnego wzrostu olbrzymiego (dok.).

Redakcya otrzymała. Maixner: Zur Pathogenese de Herzarhythmie. Dr. Krzyształowicz: 1) Ueber chronische streptogene Hautaffection sub forma einer bullösen Dermatitis (einer Pemphigus). 2) Ein Fall von Neurofibroma cutis multiplex. 3) Eine Notiz über die Anwendung der Poppenheim-Unnaschen Protoplasmafärbung bei der Färbung der Gonokokken.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 10 czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Frączkiewicz mówić będzie: „O własnościach nasennych i moczopędnych hedonalu“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

LW. 46.756/1903. KONKURS.

Wydział krajowy królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę Dyrektora szpitala powszechnego w **Krośnie** z płacą 1400 (tysiąc czterysta) koron rocznie.

Posada ta nadaną będzie stale po upływie roku służby prowizorycznej i połączona jest z prawem do emerytury.

W podaniu o powyższą posadę, które ma być wniesione najpóźniej *do 20 czerwca 1903 roku* wprost do Wydziału krajowego względnie za pośrednictwem właściwej władzy, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej — zamieścić należy krótki opis przebiegu życia — dołączyć dyplom doktora wszech nauk lekarskich jednego z uniwersytetów Monarchii Austryackiej, metrykę urodzenia na dowód, że kandydat nie przekroczył 40 lat życia tudzież inne świadectwa lub dokumenta wykazujące znajomość języków krajowych, uzdolnienie i dotychczasową działalność kandydata a w szczególności znajomość administracyi szpitalnej.

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 29 maja 1903.

Dyrektor Kancelaryi.